ceg

Centrum voor ethiek en gezondheid

Wensgeneeskunde

Signalering ethiek en gezondheid 2015

Het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG) signaleert ontwikkelingen op het gebied van gezondheid die een plaats verdienen op de ethische beleidsagenda van de overheid.

De website www.ceg.nl geeft achtergrondinformatie, adressen en links.

Het CEG is een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG)
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 - 340 50 60
E-mail info@ceg.nl
Internet www.ceg.nl

Wensgeneeskunde

Signalering Ethiek en Gezondheid 2015

Centrum voor Ethiek en Gezondheid

Wensgeneeskunde
Uitgave van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid
Fotografie: Eveline Renaud, Truus van Gog
ISBN 978-90-78823-25-4

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald: Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Wensgeneeskunde*
Signalering Ethiek en Gezondheid 2015/1.
Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2015

U kunt deze publicatie downloaden via www.ceg.nl

ceg
Centrum voor ethiek en gezondheid

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Mevrouw drs. E.I. Schippers

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 - 340 50 60
E-mail info@ceg.nl
URL www.ceg.nl

Datum
27 augustus 2015
Uw brief van
--
Uw kenmerk
--
Ons kenmerk
U15/52-807775/lr
Doorkiesnummer
06-11797053
Onderwerp
Wensgeneeskunde

Geachte minister,

U ontvangt hierbij het signalement van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid over ‘wensgeneeskunde’: een verzamelbegrip voor medische behandelingen die zonder directe medische noodzaak worden verricht. Zo zijn er goede klinische richtlijnen voor toepassing van anabole steroïden, maar gebruik door bodybuilders behoort daar niet toe.

Wensgeneeskunde komt overal in de gezondheidszorg voor: in de basiszorg, in de medisch specialistische zorg en bij commerciële aanbieders. Harde cijfers zijn er niet, maar wensgeneeskunde lijkt in omvang toe te nemen: het komt in elk geval voor in meer delen van de zorg en er is technologisch meer mogelijk. Wensgeneeskunde wordt vaak geassocieerd met de wensen van de cliënt: ‘u vraagt, wij draaien’. Ook zorgverleners willen hun professionele vaardigheden inzetten en tonen. Daarnaast zijn er commerciële aanbieders die hun ‘waar’ willen verkopen.

De oplopende collectieve zorgkosten roepen beleidsrelevante vragen op over de maatschappelijke en morele aanvaardbaarheid van wensgeneeskunde. Welke wensgeneeskundige ingrepen mogen worden vergoed uit collectieve middelen? Het vraagstuk van de rechtvaardige verdeling van schaarse collectieve middelen speelt ook bij de capaciteit en inzet van medische kunde. De reguliere geneeskundige zorg kan worden verdrongen als (zelf betaalde) wensgeneeskundige ingrepen voorgaan of wanneer er door complicaties nazorg nodig is.

De grens tussen reguliere geneeskunde en wensgeneeskunde blijkt fluïde en situationeel. Het invriezen van eicellen om medische of sociale redenen is hiervan een voorbeeld. Gaat het om jonge vrouwen die een chemotherapie zullen ondergaan, dan wordt eicelvitrificatie gezien als medisch noodzakelijk. De medische noodzaak wordt echter minder duidelijk wanneer het gaat om een alleenstaande vrouw van midden dertig met een verminderde eicelvoorraad. Is het invriezen van de eicellen hier een medisch noodzakelijke handeling of een wensgeneeskundige behandeling vanwege de natuurlijke variatie in de afname van vruchtbaarheid? Wanneer het gaat om een vrouw van begin twintig, die voor de zekerheid haar eicellen in wil vriezen, is er zeker sprake van wensgeneeskunde.

Als medisch handelen meer wordt gebaseerd op wensen dan op medische noodzaak, heeft dat consequenties voor de professionaliteit van zorgverleners. Dit signalement beschrijft de gevolgen hiervan op ethisch gebied.

Wensgeneeskunde zal steeds weer de vraag oproepen wat de grens moet zijn van de reguliere geneeskunde. Dit signalement laat zien dat een standaard antwoord hierop niet mogelijk is. Zorgverleners, zorggebruikers, zorgverzekeraars en de overheid zullen hierover de discussie moeten aangaan en de grenzen aan wensen steeds weer opnieuw moeten bepalen.

Hoogachtend,

Prof. dr. W.A. van Gool,	Prof. dr. P.L. Meurs,
voorzitter Gezondheidsraad	voorzitter Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Inhoudsopgave



1 Inleiding

De term wensgeneeskunde is een betrekkelijk nieuw containerbegrip waarmee allerlei medische behandelingen worden aangeduid die zonder direct medische noodzaak worden verricht. Wensgeneeskunde komt voor in alle domeinen van de geneeskunde: in de basiszorg en in de medisch specialistische zorg en bij commerciële aanbieders zowel in Nederland als in het buitenland. Harde cijfers zijn er niet, maar algemeen lijkt de indruk te bestaan dat wensgeneeskunde in omvang toeneemt. Er kan steeds meer en dus gebeurt er steeds meer.

Dit signalement beschrijft het fenomeen wensgeneeskunde in zijn vele facetten. Aan de hand van dat caleidoscopische beeld gaan we in op de vraag of wensgeneeskunde wel geneeskunde is en waar de scheidslijn ligt met reguliere geneeskunde. In hoeverre wordt wat wij onder wensgeneeskunde verstaan bepaald door de culturele context? We gaan ook in op de vraag van wie een 'wens' eigenlijk afkomstig is. Het zijn niet alleen burgers die wat willen. Er zijn ook dokters die graag hun professionele vaardigheden inzetten en tonen. Zij willen behandelen en daaraan verdienen. En dan zijn er de commerciële aanbieders die hun 'waar' willen verkopen.

Vervolgens gaan we in op de maatschappelijke en morele aanvaardbaarheid van wensgeneeskunde. Bij de huidige toenemende medisch-technische mogelijkheden en oplopende collectieve zorgkosten zijn vragen over de aanvaardbaarheid van wensgeneeskunde actueel en beleidsrelevant. Welke wensgeneeskundige ingrepen mogen eventueel worden vergoed uit collectieve middelen? Hoe en door wie wordt beoordeeld wat wel en niet voor vergoeding in aanmerking komt?

We streven ernaar om met dit signalement zorgverleners, zorgvragers, zorgverzekeraars en de overheid inzicht te bieden in wat wensgeneeskunde is en welke ethische overwegingen ermee samenhangen. Hopelijk stimuleren wij met deze publicatie het debat over wensgeneeskunde.

Wat is wensgeneeskunde?

Soms lijkt er nauwelijks twijfel over mogelijk of een behandeling als wensgeneeskunde moet worden gezien. Dat is bijvoorbeeld zo bij cosmetische ingrepen die bedoeld zijn om er langer jong uit te zien.

Zo kwam in de afgelopen jaren de zogenaamde 'Mommy make-over' ook in Nederland in zwang. 'De Mommy make-over' komt uit de Verenigde Staten en is daar al jaren een zeer populaire en met succes uitgevoerde, cosmetische ingreep. 'De Mommy make-over' omvat zowel een borstcorrectie als buikwandcorrectie (soms ook liposuctie).' (http://www.bergmanclinics.nl/divisies/uiterlijk-en-huid/behandelingen/buik-benen/mommy-make-over). Het combineert borstcorrectie met buikwandcorrectie en liposuctie en is dus een zware operatie met langdurig herstel. De vrouwen die een dergelijke operatie ondergaan vinden het in 98% van de gevallen de moeite waard, een van de hoogste tevredenheidscores voor plastische chirurgie.

Er zijn echter veel gevallen waarin men van mening kan verschillen over de medische noodzaak van een behandeling, bijvoorbeeld bij medicijnen tegen botontkalking.

Botontkalking komt vaak op latere leeftijd voor. Medicijnen die de afbraak van de botten remmen zijn een uitkomst voor mensen die door bijvoorbeeld schildklierproblemen met botontkalking kampen. Maar zouden deze medicijnen ook voorgeschreven moeten worden aan vrouwen na de overgang met een verhoogd risico op botontkalking? Is het brozer worden van de botten iets wat actief moet worden tegengegaan - mede ter preventie van eventuele latere heupfracturen en operaties - of is het een verschijnsel dat nu eenmaal bij het ouder worden hoort?

De term wensgeneeskunde wordt meestal geassocieerd met de wensen van de cliënt. Deze wensen staan niet op zichzelf maar worden mede beïnvloed door de sociale omgeving van de cliënt. Zo kan het voorkomen dat werkgevers hierin een grote rol spelen. Bij het voorbeeld van gesponsord invriezen van eicellen is het de vraag hoe belangrijk hun invloed hierin is.

Sinds 2014 hebben Facebook en Apple de kosten voor eicelvitrificatie opgenomen in hun secundaire arbeidsvoorwaarden voor vrouwelijke medewerkers in Sillicon Valley. Ze zijn daarmee de eerste grote werkgevers die bijdragen in de kosten voor het om niet-medische redenen invriezen van eicellen. Brigitte Adams is voorstander van eicelvitrificatie en oprichter van een patiëntenforum (www.eggsurance.com). Ze zegt: "By offering this benefit, companies are investing in women and supporting them in carving out the lives they want."

Wat wij nu in Nederland 'normaal' vinden en tot de reguliere geneeskunde rekenen, zou enkele decennia geleden en/of elders ter wereld, betiteld kunnen worden als 'wensge-

neeskunde'. Omgekeerd zijn bepaalde wensgeneeskundige ingrepen die in Nederland relatief weinig worden uitgevoerd, in andere landen aan de orde van de dag.

Terwijl 'total body scans' in Nederland verboden zijn, kunnen Nederlanders hiervoor onder meer in Duitsland en Oostenrijk terecht. Ook gaan patiënten die in Nederland uitbehandeld zijn of donorzaad of -eicellen nodig hebben naar het buitenland.

Bovenstaande voorbeelden maken duidelijk dat wensgeneeskunde een tijd- en plaatsgebonden begrip is en dat het vaak niet duidelijk van de reguliere geneeskunde is te onderscheiden. Door de elasticiteit van het begrip is het ook niet goed mogelijk om het daadwerkelijke aandeel van wensgeneeskunde in de gezondheidszorg in kaart te brengen met cijfers. De indruk bestaat echter wel dat wereldwijd en ook in Nederland, meer geneeskundige technieken en producten voor niet-medisch noodzakelijke doeleinden worden ingezet. Het lijkt ook alsof het in meer domeinen van de zorg - zowel bij de huisarts als de specialist, als de commerciële aanbieder - plaatsvindt. Dit is ook terug te lezen in de Kamerbrief 'Moet alles wat kan?' van 1 juli 2014, waarin de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid stellen: *"Niet zelden handelt de arts vanuit de technische mogelijkheden, schrijft medicatie voor omdat het kan of behandelt omdat de patiënt dit vraagt."* (VWS 2014).

Maatschappelijk debat over ethische kwesties

De term 'wensgeneeskunde' werd in 2008 geïntroduceerd door bio-ethicus Alena Buyx (Buyx 2008). Maar ook voordat deze term er was, werd er al over het fenomeen gediscussieerd. In Nederland gebeurde dat bijvoorbeeld bij de introductie van 'de pil' (in 1962).

Voor het slikken van de anticonceptiepil bestaat veelal geen medische noodzaak; het is een betrouwbare en betaalbare manier om ongewenste zwangerschap te voorkomen. De introductie van 'de pil' leidde tot heftige maatschappelijke en politieke discussies vanwege de mogelijke effecten ervan. Sommigen meenden dat de 'zedenverwildering' die zij in de maatschappij signaleerden door het gebruik van de pil nog sterker zou toenemen, anderen zagen het als een oplossing om een erger kwaad - abortus - te voorkomen, weer anderen vonden het een welkome manier om zwangerschap te voorkomen of uit te stellen (Struijs en De Beaufort 2010).

In het huidige publieke debat komt de term wensgeneeskunde meestal op een ongunstig gekleurde wijze naar voren. Sommigen benadrukken dat bepaalde geneeskundige handelingen overbodig zijn, anderen vragen zich af in hoeverre een bepaalde geneeskundige behandeling moreel aanvaardbaar of maatschappelijk verantwoord is.

Zo zijn er vragen bij schaamlipcorrectie bij jonge meisjes: hoe dwingend zijn bepaalde schoonheidsidealen? Bij keizersnede op verzoek door vrouwen: mag de natuur haar werk

niet meer doen? Bij het aanbod van 'total body scans': zoekt men volledige controle of geruststelling? Ook kunnen er vragen gesteld worden over de kosten van niet-medisch noodzakelijke behandelingen en eventuele complicaties.

Er zijn verschillende ethische kwesties verbonden met het thema van wensgeneeskunde. Een belangrijk moreel probleem is de kans op verdringing van medisch noodzakelijke zorg door niet-medisch noodzakelijke zorg (voor wie het kan betalen). Voor zorgverleners en zorginstellingen kan het in economisch opzicht interessanter zijn om behandelingen aan te bieden die medisch niet noodzakelijk, maar door de zelfbetalende patiënt wel gewenst zijn. De expertise en inzet van deze zorgverleners gaat dan verloren voor de mogelijk minder rendabele, reguliere geneeskundige zorg. Een gerelateerde kwestie is de eventuele 'nazorg' van complicaties van wensgeneeskundige handelingen die in de reguliere zorg terechtkomen. Dat leidt tot kosten die onder het basispakket vallen en mogelijk tot tekorten in beschikbaarheid van zorgverleners en medische voorzieningen.

Deze kwesties zijn extra relevant, omdat de medische mogelijkheden toenemen en de kosten van de zorg oplopen. Medisch-technische ontwikkelingen verhogen de kans op wensgeneeskunde, simpelweg omdat er meer kan. Op politiek- en beleidsniveau vraagt men zich dan ook af of alles wat medisch mogelijk is ook beschikbaar moet zijn en vooral ook wie hiervoor moet betalen. Waar ligt de grens tussen verzekerde- en niet-verzekerde zorg? Wat betalen we met elkaar en wat komt voor eigen rekening of aanvullende verzekering? Hiermee samen hangt de vraag hoever het recht op zorg gaat. Door de verzekeringsstructuur is het patiënten soms niet meer duidelijk wat verzekerde zorg is en wat er zelf betaald moet worden.

Leeswijzer

Dit signalement is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 bespreken we hoe wensgeneeskunde als begrip is te definiëren en bespreken we de vraag of wensgeneeskunde te onderscheiden is van reguliere geneeskunde. In het daarop volgende hoofdstuk (3) verkennen we binnen welke regulerings- en financiële kaders wensgeneeskunde in de Nederlandse praktijk speelt. Het debat over wensgeneeskunde en de ethische kwesties die daarin opdoemen bespreken we in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 belichten we de veranderende rolverdeling en -verhouding van zorggebruikers, zorgverleners, zorgverzekeraars en de overheid evenals de invloed daarvan op wensgeneeskunde. In het laatste hoofdstuk (6) maken we de balans op en bespreken we de ethische implicaties.



2 Op zoek naar een definitie van wensgeneeskunde

Hoe is wensgeneeskunde als begrip te definiëren en is het te onderscheiden van reguliere geneeskunde?

Alena Buyx' definitie van wensgeneeskunde

De bio-ethicus Alena Buyx heeft als een van de weinigen over het fenomeen wensgeneeskunde geschreven. In haar artikel over theoretische en ethische aspecten van wensgeneeskunde geeft ze de volgende werkdefinitie:

[W]ish-fulfilling medicine will be understood as doctors and other health professionals using medical means (medical technology, drugs etc.) in a medical setting to fulfil the explicitly stated, prima facie non-medical wish of a patient (Buyx 2008).

Buyx stelt dat wensgeneeskunde goed te onderscheiden is van andere vormen van wenspraktijken: het gaat om de inzet van medische technieken door medische professionals in een medische context. Wensgeneeskunde is vaak moeilijk te onderscheiden van andere vormen van geneeskunde. Wensgeneeskundige behandelingen kunnen in een andere geneeskundige context tot de medische standaard horen. Het verschil met de reguliere geneeskunde zit hem in het ontbreken van een medische indicatie:

There do not necessarily have to be any symptoms - the only symptom may be the patient's wish for a certain state of affairs -, there is no need for a diagnosis and the indication for treatment is given by the patient corresponding to her personal, non-medical desires and wishes. (Buyx 2008).

Twee kanttekeningen leiden tot aanpassing definitie

Allereerst is regulier medisch handelen gebaseerd op twee pijlers: de medische indicatie en de geïnformeerde toestemming van de patiënt. Bij wensgeneeskunde ontbreekt die eerste pijler, waardoor de nadruk komt te liggen op wat de patiënt van de dokter wil. Uiteraard is het niet zo dat de wens van de patiënt in de reguliere geneeskunde niet belangrijk zou zijn. De patiënt wil beter worden, daarom gaat hij naar de dokter. In die zin is alle geneeskunde wensgeneeskunde. Maar zonder medische noodzaak heeft de

arts geen andere reden om op het verzoek van de patiënt in te gaan dan dat verzoek zelf.

Ten tweede roept de in het begrip 'wensgeneeskunde' besloten nadruk op de 'wens' de vraag op van wie die 'wens' eigenlijk komt. Is het de wens van de burger, van de arts die medische verrichtingen wil doen of van een commerciële zorgaanbieder (producent) die zijn medicamenten of technologie graag verkoopt of misschien van de zorgverzekeraar die met een mooi aanbod zijn klanten over de streep wil trekken? De definitie van Buyx kan volgens ons gemakkelijk leiden tot de misvatting dat wensgeneeskunde vooral een kwestie is van artsen die worden geconfronteerd met verzoeken van overvragende patiënten. De vraag van de patiënt is slechts één kant van de medaille. Onder wensgeneeskunde moet volgens ons evenzeer het aanbod van medische professionals en commerciële aanbieders worden verstaan waarmee mensen worden uitgenodigd om gebruik te maken van medische diensten waarvoor geen medische noodzaak bestaat. Het is om deze redenen dat we onze werkdefinitie ruimer nemen dan Buyx: *wensgeneeskunde is het gebruik van medische kennis, vaardigheden, producten en technieken zonder dat daarvoor een medische noodzaak bestaat.*

Genezen of verbeteren van mensen?

Volgens Buyx verschilt wensgeneeskunde van de reguliere geneeskunde door het ontbreken van een medische indicatie. Medische kennis, vaardigheden, producten en technieken - die we voortaan samenvatten als medische therapieën - worden in de reguliere geneeskunde voornamelijk ingezet om medisch noodzakelijke handelingen uit te voeren. Maar deze medische therapieën kunnen ook andere doelen dienen. Denk bijvoorbeeld aan de sportgeneeskunde waarin het verbeteren van sportprestaties wordt nagestreefd. Bij wensgeneeskunde gaat het minder om genezing en meer om verbetering van mensen. Waar ligt de grens precies?

Jochemsen e.a. (2005) baseren zich op wat Lindeboom omschreven heeft als de 'the core medical situation':

"The core medical situation is where a sick person summons help from a physician. The sick person is a human being in need, because of his physical or mental condition. In his need he asks for help of someone, whom he believes, is able and willing to give it."

In deze situatie zijn drie aspecten van belang: de vraag van de lijdende patiënt (zijn klacht); de kennis en kunde van de arts; en het professionele karakter van het medisch handelen. In hoeverre gelden deze drie aspecten ook voor wensgeneeskunde? Over het tweede en het derde aspect lijkt geen twijfel te bestaan: er wordt een beroep gedaan op de kennis en kunde van een arts, die deze inzet binnen de professionele setting van het medisch handelen. Hierin is wensgeneeskunde dus niet anders dan reguliere geneeskunde. Maakt dan het eerste aspect het verschil: de vraag van de lijdende

patiënt, zijn klacht? Buyx redeneert: als er geen klacht is maar slechts de wens van de ‘patiënt’ die aanleiding geeft voor de behandeling, dan is sprake van een wensgeneeskundige behandeling. Hoewel het ontbreken van een klacht een zekere afgrenzing aangeeft, wordt hiermee wel veel verantwoordelijkheid bij de vrager gelegd. Ook de rol van de aanbieders zou verkend moeten worden. Daarbij: er kan wel degelijk ‘lijden’ ten grondslag liggen aan een niet-medisch noodzakelijke behandeling. Wanneer de behandelend arts dat lijden niet zwaarwegend genoeg vindt, kan de behandeling als niet-medisch noodzakelijk beoordeeld worden. Maar het is de vraag in hoeverre er dan sprake is van wensgeneeskunde.

Vloeiende overgangen tussen reguliere geneeskunde en wensgeneeskunde

Er zijn grenzen tussen wensgeneeskunde en reguliere geneeskunde, maar waar die liggen is niet eenvoudig vast te stellen. In het publieke debat bepaalt de context vaak of een bepaalde ingreep als wensgeneeskunde wordt beschouwd. Een illustratief voorbeeld is dat van eicelvitrificatie.

Het invriezen van eicellen bij jonge vrouwen die een chemotherapie zullen ondergaan, wordt als een medisch noodzakelijke behandeling gezien. Ook bij vrouwen die een vervroegde overgang doormaken biedt deze behandeling een medische uitkomst. De medische indicatie wordt minder duidelijk wanneer het gaat om een alleenstaande vrouw van midden dertig met een verminderde eicelvoorraad. Is het invriezen van de eicellen hier een medisch noodzakelijke handeling of een natuurlijke variatie in de afname van vruchtbaarheid? En hoe luidt het oordeel bij een vrouw van 22 die nog geen duidelijke kinderwens heeft, maar die haar eicellen voor de zekerheid vast wil laten invriezen?

Dit voorbeeld laat duidelijk zien hoe een behandeling zich kan bevinden in het spectrum van medische indicatie naar sociale indicatie en hoe lastig het is vast te stellen of het om reguliere dan wel wensgeneeskunde gaat (NVOG 2010).


MEDISPA MENU
Rimpelbehandelingen met o.a.
Peelings
Microdermabrasie, Kruiden Peelings
Huidverbetering
Cellulitisbehandelingen
Laserontharen
Couperosebehandeling
Facial Treatments
Body Treatments
Transpiratie Behandelingen
Therapeutische Massages
Spataderbehandeling
Consulten Plastisch Chirurg
Bergman Kliniek
BERGMAN

3 Regulerende kaders: professioneel, juridisch en financieel

Voor onze verkenning van wensgeneeskunde en de mogelijke ethische implicaties is het nuttig om na te gaan binnen welke kaders wensgeneeskunde in de Nederlandse praktijk speelt.

Wensgeneeskunde in het professionele en juridische kader van zorgverleners

Gelden voor wensgeneeskundige handelingen andere wettelijke- en professionele regels dan voor reguliere geneeskundige handelingen? In deze paragraaf gaan we na hoe wensgeneeskundige (be)handelingen passen in de professionele, juridische kaders van zorgverleners.[1]

DE WET BIG (1993)

Een relevante wet in dit kader is de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Deze wet heeft betrekking op ‘handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg’. Daaronder verstaat art. 1 lid 1 Wet BIG, naast de geneeskundige handelingen alle verrichtingen - inclusief het onderzoeken en het geven van raad - die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en ertoe strekken diens gezondheid te bevorderen of te bewaken. Uit de omschrijving in art. 1 lid 1 volgt dat het bereik van de Wet BIG niet beperkt is tot medische handelingen, maar ook geldt voor de niet-medische zorgverlening. Naast de individuele gerichtheid is verder van belang dat het gaat om beroepsmatig en buiten noodzaak te verrichten handelingen. Indien aan deze voorwaarden niet is voldaan valt een handeling buiten de reikwijdte van de Wet BIG. Op basis hiervan kunnen we stellen dat wensgeneeskundige behandelingen - opgevat als (be)handelingen zonder medische indicatie - als ze individueel gericht en beroepsmatig uitgevoerd worden onder de Wet BIG vallen.

VOORBEHOUDEN HANDELINGEN

Handelingen kunnen risicovol zijn voor de gezondheid van het individu indien zij door ondeskundigen worden uitgevoerd. Deze ‘voorbehouden handelingen’ mogen volgens

[1] Met dank aan dr. J.H.H.M. Dorscheidt; deze alinea is gebaseerd op een notitie over het juridische kader van zijn hand.

de wet alleen door daartoe aangewezen beroepsbeoefenaren worden verricht. Art. 36 Wet BIG bevat een lijst van voorbehouden handelingen samen met een aanduiding van de beroepsgroepen die deze handelingen mogen verrichten.

In de wettelijke lijst van voorbehouden handelingen worden handelingen vooral aangeduid met een verzamelnaam. Daardoor zijn sommige aanduidingen (heelkundige handelingen, verloskundige handelingen) ruimer dan andere (endoscopieën, katheterisaties, injecties, puncties). Dit verschaft niet altijd de gewenste duidelijkheid over de exacte inhoud van het begrip 'handeling' en het risicopotentieel ('aanmerkelijk gevaar') van een handeling als deze door een ondeskundige wordt verricht.

Een voorbehouden handeling mag alleen worden uitgevoerd door personen die daartoe wettelijk bekwaam zijn verklaard (art. 36 lid 15 wet BIG):

- *artsen mogen alle voorbehouden handelingen uitvoeren.*
- *tandartsen en verloskundigen mogen de voorbehouden handelingen uitvoeren die bij hun beroep horen.*
- *ook verpleegkundig specialisten en 'physician assistants' mogen bepaalde taken zelfstandig uitvoeren. Denk aan injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven.*
- *alleen zorgprofessionals die in het BIG-register staan mogen een beschermde titel voeren. Acht beroepsgroepen (artsen, apothekers, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen) mogen zich inschrijven in het BIG-register. Via dit register weten patiënten dat zij te maken hebben met een bevoegd behandelaar die valt onder het tuchtrecht. (Nationale Zorggids: BIG register).*

De Wet BIG beschermt patiënten in principe tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners, ook als het om niet-medisch noodzakelijke (wensgeneeskundige) handelingen gaat. Wensgeneeskundige handelingen vallen dus ook onder de Wet BIG.

DE WGBO (1995)

In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) ligt het accent op de professionele standaard van de zorgverlener. De professionele standaard is te beschouwen als 'de gekristalliseerde deskundigheid van zorgverleners op beroepsgroepniveau'. Het gaat hierbij om het geheel van normen, richtlijnen en overwegingen die een hulpverlener geacht wordt in ogenschouw te nemen in een behandelingsovereenkomst met een zorgcliënt. Het is aan de hulpverlener om te beoordelen of een behandeling medisch noodzakelijk is of niet. Vanuit zijn professionele autonomie kan de hulpverlener beargumenteerd afwijken van de professionele standaard, omdat het meer in het belang (welzijn) van zijn patiënt kan zijn. Legemaate wijst op het duale karakter van deze wetsbepaling: het gaat niet alleen om het versterken van de rechten van de patiënt, maar ook om het wettelijk verankeren van de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener.

Bij de totstandkoming van de WGBO was de redenering dat een ‘u vraagt, wij draaien’-situatie voorkomen moest worden (Legemaate 2013). Op basis van dit wetsartikel kon de hulpverlener ongerechtvaardigde wensen van patiënten zoals een niet-geïndiceerde behandeling afweren (Legemaate 1998).

VAN KZI (1996) TOT WCZ EN WKKGZ (2014)

Met de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI 1996) kwam een bredere benadering van het begrip professionele standaard in relatie tot verantwoorde zorg in zicht. In verhouding tot de WGBO zet de KZI het patiëntenperspectief als ijkpunt voor ‘verantwoorde’ respectievelijk goede zorgverlening veel zwaarder aan.

De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van een goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt (artikel 2 van de KZI).

In 2009 werd het startschot gegeven voor een nieuwe wet, de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz), die alle rechten van cliënten en verplichtingen voor zorgaanbieders in een wet zou samenbrengen. De verzamelwet riep echter te veel vragen en weerstand op. Men besloot de verschillende onderdelen weer uit te splitsen en onafhankelijk van elkaar uit te werken. De prioriteit kwam te liggen bij de herziening van het klachtrecht (Wkkgz) en de wijziging van de kwaliteitswet zorginstellingen. Het doel van de beoogde Wcz, het verstevigen van de positie van de cliënt in de spreekkamer, wordt nog steeds nagestreefd. Ondertussen blijft de WGBO geldig en is het aan de hulpverlener om in overleg met de patiënt te bepalen of een behandeling medisch noodzakelijk is.

OPENBAAR REGISTER EN KWALITEITSSTANDAARD

Door verschillende wetswijzigingen zal de professionele standaard worden opgenomen en vastgelegd in het openbare register, dat bewaakt wordt door het Zorginstituut Nederland (ZiN). Minister Schippers heeft toegezegd dat de term professionele standaard, zoals deze gebruikt zal worden in het openbare register van het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ), zal worden gewijzigd in de term ‘kwaliteitsstandaard’ om verwarring met eerdere definities in onder andere de Wgbo te voorkomen. (Kamerstukken I, 2013/14; 33243: nr. G).

De wettelijke invulling van het begrip professionele standaard zal tweeledig zijn. Enerzijds blijft het zijn historische functie behouden (artikel 7:453 van de Wgbo) waarbij de invulling van de professionele standaard wordt bepaald door de heersende regels en normen binnen de beroepsgroep en de normen die ontleend worden aan de wetenschap. Anderzijds komt er een nieuwe invulling aan het begrip professionele standaard door de komst van de Wcz en aanpassingen in de Zvw. Naast de beroepsgroep zullen patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) inspraak krijgen in het opstellen van professionele standaarden die zullen worden op-

genomen in het openbare register van het Zorginstituut (deze krijgen de naam kwaliteitsstandaarden). Een zorgverlener dient deze laatstgenoemde standaarden te volgen, tenzij hij goede argumenten heeft om hiervan af te wijken.

Steeds meer partijen krijgen dus inspraak in wat nu precies onder goede zorg wordt verstaan; het is niet meer alleen de arts die bepaalt. De verschuivingen in het juridische- en professionele kader leiden ertoe dat er ook in de toekomst geen duidelijkere scheidslijnen te verwachten zijn tussen wensgeneeskunde en medisch noodzakelijke geneeskunde. Wensgeneeskunde blijft vooralsnog een verzamelbegrip voor lastig af te bakenen niet-medisch noodzakelijke zorg. Voor wensgeneeskunde als geheel bestaat geen regulering. Wel worden soms bepaalde ingrepen gereguleerd, bijvoorbeeld om ethische overwegingen of omwille van mogelijke schade. Zo is geslachtskeuze (om niet-medische redenen) bij wet verboden in Nederland. Sommige wensgeneeskundige ingrepen worden gereguleerd door de professionele richtlijnen van een beroepsgroep. Zo bepaalde de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) dat schaamlipcorrectie in principe niet bij meisjes onder de 18 jaar wordt uitgevoerd (NVOG en NVPC 2008).

Wensgeneeskunde en de financiële kaders

Het uitgangspunt van vergoeding in de zorg is dat alleen middelen en ingrepen die gericht zijn op het genezen van ziekte of op stabiliseren wanneer genezing niet mogelijk is, worden vergoed door de collectieve verzekering (ZVW en AWBZ) (Schermer 2012). Wensgeneeskunde wordt in principe niet vergoed. In de praktijk ligt dat anders omdat de grens tussen wensgeneeskunde en reguliere geneeskunde moeilijk te trekken is. Soms worden ‘wensgeneeskundige’ ingrepen wel vergoed uit de collectieve verzekering. Een verklaring hiervoor is dat medische noodzakelijkheid niet het enige en bovendien geen hard criterium is om te bepalen welke zorg voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komt.

VERSCHILLENDE OPVATTINGEN OVER MEDISCHE NOODZAAK

Opvattingen over medische noodzakelijkheid kunnen tussen artsen of zorgverzekeraars verschillen. Ook kunnen prikkels in het huidige bekostigingssysteem ervoor zorgen dat er geen scherpe grens te trekken is tussen wat medisch wel en niet noodzakelijk is.

“Het verwijderen van een talgkliercyste, ontstaan als gevolg van acne, komt niet in aanmerking voor vergoeding uit de basisverzekering bij de diagnose ‘acne’, maar wel als een ‘goedaardige tumor’ als diagnose wordt geregistreerd. Dus wat doen dermatologen of plastisch chirurgen? Ze registreren medische ingrepen soms als medisch noodzakelijke zorg. Als de specialist zegt dat verwijderd weefsel moet worden gecontroleerd op de aanwezigheid van kwaadaardige cellen, kunnen ook cosmetische behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen.” (…) “De grens tussen cosmetisch en medisch is niet zo scherp en je hebt een patiënt voor je met een kleine beurs. De patiënt lijdt echter onder de cyste in het

gezicht als gevolg van acne. Als je het een cosmetische ingreep noemt, weet je dat de patiënt van behandeling afziet omdat die ingreep te duur is. Dat maakt het systeem toch ook een beetje oneerlijk. Weer is de vraag: kies ik als arts voor de patiënt of het systeem?" (Kerpershoek e.a. 2015).

BEOORDELING DOOR HET ZORGINSTITUUT

Zorginstituut Nederland heeft als doel het bevorderen van de toegang tot 'goede en zinnige zorg, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk'. Daarmee zijn zowel de kwaliteit als de betaalbaarheid van de zorg gediend. Het instituut moet ook beoordelen welke nieuwe vormen van zorg en medicatie vanuit het collectief verzekerde pakket mogen worden vergoed en geeft de minister van Volksgezondheid daarover advies. In de regel neemt de minister dit advies over (ZiN 2014).

Of (nieuwe) zorg of medicatie volgens ZiN in aanmerking komt voor vergoeding uit het collectieve pakket, wordt niet alleen beoordeeld door het principe van (medische) noodzakelijkheid. De zorg moet ook voldoen aan de principes van effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid (ZiN 2014).

Het pakketcriterium 'noodzakelijke zorg' is op zichzelf tweeledig: naast de ernst van de aandoening (meten van ziektelast) weegt ook de noodzaak om te verzekeren via het basispakket mee (zijn de kosten ook zelf op te brengen?). Een voorbeeld hiervan is het al dan niet vergoeden van de anticonceptiepil vanuit het basispakket:

"Er zijn in het verleden vaker maatschappelijke discussies gevoerd over de vergoeding van de anticonceptiepil uit de basisverzekering. Er is een algemene notie dat 'de pil' niet-medisch noodzakelijk is en ook niet noodzakelijk te verzekeren (uit het oogpunt van kosten). De kosten zijn immers gering. Toch zijn er regelmatig argumenten genoemd om de pil uit de basisverzekering te blijven vergoeden. Vroeger hadden die argumenten vooral betrekking op vrouwenemancipatie (geboorteplanning geeft vrouwen meer kansen op zelfontplooiing). In meer recente discussies ging ook een rol spelen dat het niet vergoeden van de pil voor jongere meisjes zou kunnen leiden tot meer tienerzwangerschappen en tot meer abortussen bij deze groep meisjes. Maatschappelijk wordt dat als onwenselijk gezien." (ZiN 2014).

SPEELRUIMTE BIJ HET VERGOEDEN VAN NIET-MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG

Een patiënt die op eigen verzoek van de huisarts medicatie krijgt voorgeschreven (bijvoorbeeld antibiotica in verband met een verre reis) of die op eigen verzoek wordt doorverwezen voor aanvullende diagnostiek hoeft dit niet zelf te betalen. In de medisch specialistische zorg betalen patiënten soms wel zelf (zoals bij het invriezen van eicellen op sociale indicatie) en soms niet (zoals bij een keizersnee op verzoek). Patiënten die op eigen kosten een medisch niet noodzakelijke ingreep bij commerciële aanbieders laten uitvoeren, komen bij het optreden van complicaties weer in de reguliere verzekerde zorg terecht. Dat kan leiden tot scheve verhoudingen en onrechtvaardige verdeling van

collectieve middelen. In de praktijk blijkt ook, we zagen het al bij het voorbeeld van het verwijderen van een talgkliercyste, dat ziektecategorieën soms worden ‘opgerekt’, zodat bepaalde ingrepen toch vergoed worden:

De enige legitieme manier om met farmaca iets aan normaal functioneren te verbeteren en om dat vergoed te krijgen, is immers om het functioneren eerst als abnormaal, als ziekte of afwijking te classificeren - vandaar het ontstaan van diagnoses als ‘shift workers sleep disorder’ (Schermer 2012).

EEN INGEWIKKELD SPEL

Samenvattend: het is aan de arts/zorgverlener (of beroepsgroep) om te beoordelen of er reden is voor een medische indicatie. Zorginstituut Nederland heeft een belangrijke, adviserende rol aan de minister om vanuit dat perspectief te beoordelen welke zorg wel en niet in aanmerking komt voor vergoeding uit collectieve middelen en opgenomen kan worden in het pakket van de basisverzekering. Of een behandeling wel of niet in het collectief verzekerde pakket terechtkomt is een politiek besluit. Zorgverzekeraars kunnen de medische noodzakelijkheid van een behandeling ook verschillend beoordelen. Het trekken van een scheidslijn, blijkt in de praktijk niet consistent te gebeuren en lijkt soms willekeurig.



4 Wensgeneeskunde: ethische kwesties

Wensgeneeskunde komt in steeds meer domeinen van de zorg voor. De overheid, maatschappij en beroepsgroepen moeten nagaan hoe hiermee het beste kan worden omgegaan. In dit hoofdstuk bespreken we de ethische vragen achter het debat over wensgeneeskunde.

Wensgeneeskunde binnen of buiten de grenzen van de reguliere geneeskunde?

Volgens de Nederlandse Artseneed (2003) zijn de doelen van geneeskunde: 'zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten'. Door zich op deze doelen te richten maakt de geneeskunde zich tot een morele praktijk. Voor alle mensen, wat hun verdere idealen en verlangens ook mogen zijn, is gezondheid van fundamenteel belang. Wie ziek is of voortdurend pijn heeft, komt aan mogelijkheden en keuzes die anderen ('gezonden') wel hebben niet of minder goed toe. In die zin is de wens gezond te zijn meer dan zomaar een wens; het gaat om een behoefte. Natuurlijk is discussie mogelijk over hoe 'gezondheid' gedefinieerd moet worden en afgebakend van andere behoeften en wensen. Den Hartogh betoogt dat antwoorden op de vraag naar wat gezondheid precies is in twee categorieën uiteen vallen, die beide problematisch zijn (Den Hartogh 2014). Men definieert gezondheid ofwel zeer smal waarbij gezondheid puur als functionele toestand - los van levenswijze, prioriteiten en doelen van de persoon - wordt opgevat, ofwel men kiest voor een brede definitie van gezondheid waardoor gezondheid gelijkgesteld lijkt te worden aan welzijn. Het probleem van een brede definitie is dat de verantwoordelijkheid van de geneeskunde zeer groot wordt: "het is evident dat je welzijn door allerlei andere factoren wordt bepaald dan alleen je gezondheid." (Den Hartogh 2014).

Het debat over gezondheid is op twee manieren van belang voor het debat over wensgeneeskunde. Volgens onze definitie richt wensgeneeskunde zich op medisch handelen (of medische 'diensten') waarvoor geen medische noodzaak bestaat. Dat betekent dat er geen sprake is van een gezondheidsprobleem. Zo beschouwd gaat het debat over wensgeneeskunde over de (morele) aanvaardbaarheid van medisch handelen buiten de grenzen van wat traditioneel tot de geneeskunde wordt gerekend. Het meest duidelijk zijn voorbeelden op het gebied van de esthetische chirurgie. Echter, omdat de grenzen

van gezondheid en dus ook van geneeskunde niet scherp getrokken kunnen worden, gaat het debat ook over welke ingrepen tot de taak en verantwoordelijkheid van de zorgverlener behoort. Denk hier bijvoorbeeld aan een medisch niet-geïndiceerde keizersnede vanwege angst voor de bevalling. Is deze behandeling wensgeneeskundig van aard of is hier wel sprake van een bepaalde medische noodzaak?

Debat over wensgeneeskunde buiten de reguliere geneeskunde

Wanneer we wensgeneeskunde als zelfstandig fenomeen beschouwen, roept dat verschillende vragen op. Deze bespreken we hieronder.

GAAT WENSGENEESKUNDE TEGEN DE NATUUR IN?

Dat wensgeneeskunde tegen de natuur in zou gaan is een veelgehoord argument in het publieke debat. Mocht dit het geval zijn, dan roept dat de vervolgvraag op of dit problematisch is. Wat precies ‘natuurlijk’ is, is in onze hoogtechnologische samenleving soms moeilijk vast te stellen. Maar ook als we weten wat natuurlijk is, betekent dat nog niet dat daaruit volgt dat dit ook goed is. De reguliere geneeskunde grijpt voortdurend in in natuurlijke processen.

Men zou kunnen stellen dat de reguliere geneeskunde ernaar streeft om de natuurlijke situatie te herstellen, terwijl wensgeneeskunde ernaar streeft om de natuurlijke situatie te veranderen zonder dat er sprake is van herstel. In de praktijk van wensgeneeskunde blijkt dat dat onderscheid helemaal niet zo eenvoudig te maken is. Ter illustratie het voorbeeld van vaccinatie; daarbij is ook sprake van verandering of verbetering, maar niet van het herstel van de natuurlijke situatie. Vaccinatie wordt ingezet om te voorkomen dat de natuurlijke situatie gevaar loopt.

Ook als natuurlijkheid niet als absolute grens wordt opgevat, kunnen we ons afvragen of het soms niet beter is om een gegeven ('natuurlijke') situatie te accepteren dan om medisch te interveniëren. Dat is, zowel in de reguliere geneeskunde als in de wensgeneeskunde, een persoonlijke keuze.

ZIJN NIET-MEDISCHE WENSEN WEL AUTONOOM?

In hoeverre berusten verzoeken om wensgeneeskunde op autonome keuzes? Die vraag is bijzonder relevant, omdat wensgeneeskundige ingrepen niet noodzakelijk zijn. Bij een wensgeneeskundig verzoek is de autonome keuze van de patiënt de enige motivatie voor een arts om tot handelen over te gaan, er is geen objectief vast te stellen ziekte of afwijking op basis waarvan gehandeld moet worden. Daarbij komt dat er geen objectief voordeel van de ingreep tegenover de mogelijke schade staat. Elk voordeel voor de patiënt is afhankelijk van diens persoonlijke oordeel en daarom is het belangrijk dat dit oordeel echt van de patiënt zelf (dus autonoom) is (Buyx 2008) (Gezondheidsraad 2003). Mensen worden in principe geacht om hun eigen behoeften te bepalen en om zelf keuzes voor hun leven te maken. Het oordeel over een wensgeneeskundige in-

greep komt dan ook in de eerste plaats toe aan de persoon om wie het gaat (Gezondheidsraad 2003). De vraag of daarbij sprake is van externe invloeden is wel relevant, maar tegelijkertijd moeten we ons realiseren dat een keuze vrij van invloed door anderen niet bestaat. Desalniettemin zal bij een niet-noodzakelijke behandeling een arts of zorgverlener nog zekerder willen weten of de persoon het echt zelf wil, dan bij een noodzakelijke behandeling. In het geval van disproportionele sociale druk, of wanneer de keuze voor de behandeling duidelijk indruist tegen eerder gemaakte keuzes of normen en waarden van de betreffende persoon, kan men zich de vraag stellen of het verzoek tot een bepaalde behandeling wel op een autonome keuze berust (Asscher e.a. 2012). Weer anders is het wanneer de persoon in kwestie niet goed in staat is om zijn eigen keuzes te maken, bijvoorbeeld omdat hij wilsonbekwaam of minderjarig is. Hierbij is het zelfs de vraag of wensgeneeskunde toegepast mag worden, aangezien de persoon in kwestie zelf geen geïnformeerde toestemming kan geven.

WAT ZIJN DE MOGELIJKE GEVOLGEN VAN WENSGENEESKUNDE VOOR DE MAATSCHAPPIJ?

In het publieke debat worden verschillende vragen gesteld over de invloed van wensgeneeskunde op de maatschappij. Leidt wensgeneeskunde tot het verminderen of laten verdwijnen van verschillen? Is dit wenselijk of juist niet? Wanneer wensgeneeskunde ingezet wordt om verbeteringen te bewerkstelligen kan dat tot een betere wereld leiden, maar ook tot eenvormigheid of juist ongelijkheid omdat het niet voor iedereen haalbaar is. Voorbeelden daarvan zijn esthetische chirurgie of prestatieverhogende middelen. Als deze op grote schaal worden ingezet zou dit gevolgen kunnen hebben voor de maatschappelijke pluriformiteit (wordt iedereen even knap of even slim, of worden bepaalde groepen knapper of slimmer dan andere). Wensgeneeskunde kan ook ongewenste medicalisering tot gevolg hebben of leiden tot biomedische oplossingen voor problemen die ook op andere wijze kunnen worden aangepakt. Wensgeneeskundige ingrepen hoeven natuurlijk geen verbeteringen te bewerkstelligen, denk bijvoorbeeld aan een keizersnee op verzoek of diagnostiek zonder indicatie. Hierbij liggen ook gevaren op de loer, namelijk dat het steeds gewoner wordt om medische oplossingen te zoeken voor niet-medische problemen.

In het signalement *De maakbare mens* van het CEG (2003) staat als voorbeeld van ongewenste medicalisering: uiterlijke kenmerken van etnische groepen veranderen om discriminatie te voorkomen, bijvoorbeeld gebruik van huidbleekmiddelen of cosmetische chirurgie om een Aziatische oogplooi of negroïde neus te veranderen in een meer kaukasische. Door een medische aanpak van een sociaal probleem wordt er gekozen voor een oplossing die de onderliggende problematiek van vooroordelen en racisme niet aanpakt (Asscher e.a. 2012).

Het debat over wensgeneeskunde gaat verder over grenzen aan maakbaarheid, over het gevaar van een onrechtvaardige verdeling van de voordelen van wensgeneeskunde, over ongewenste sociale druk om wensgeneeskunde te gebruiken en over het gevaar

van verlies aan dankbaarheid en waardering voor wat we al hebben (Sandel 2012). Het debat overlapt met het debat over *human enhancement*, het aanpassen van het menselijk lichaam met (biomedische) techniek met de bedoeling mensen te verbeteren. In haar oratie over *enhancement* stelt Schermer dat de argumenten die in het debat tégen *enhancement* worden aangehaald geen van alle sterk genoeg zijn om *enhancement* moreel te verwerpen. ”Het zijn eerder argumenten die aangeven dat er bepaalde gevaren op de loer liggen, waar we voor moeten waken.” (Schermer 2012).

Debat over de effecten van wensgeneeskunde op de reguliere geneeskunde

Het debat over wensgeneeskunde betreft ook vragen over de wisselwerking tussen wensgeneeskunde en reguliere geneeskunde. Mogen dokters en andere zorgverleners aan wensgeneeskunde meewerken? Is dat problematisch of zelfs schadelijk voor de reguliere geneeskunde? We bespreken een aantal vragen die vanuit dit perspectief worden opgeroepen.

MOGEN ARTSEN EN ANDERE ZORGVERLENERS ZICH MET WENSGENEESKUNDE BEZIGHOUDEN?

Wensgeneeskundige ingrepen hebben niet altijd dezelfde doelen als de reguliere geneeskunde. Het is echter de vraag of dit een argument is om te stellen dat wensgeneeskundige (be)handelingen niet door artsen zouden moeten worden uitgevoerd. Vele handelingen in de geneeskunde die we inmiddels als heel gewone medische handelingen beschouwen, richten zich ook niet op de traditionele doelen van de geneeskunde. De geneeskunde houdt zich al sinds haar ontstaan met meer bezig dan met louter zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten.

Overigens is het een illusie om te denken dat geneeskunde zich beperkt tot het voorkomen en behandelen van ziekten: dat is allang niet meer het geval. Cosmetisch chirurgische ingrepen zijn het meest sprekende voorbeeld, maar ook binnen bijvoorbeeld de voortplantingsgeneeskunde worden medische behandelingen uitgevoerd bij mensen die niet ziek zijn. (Schermer e.a. 2013).

Artsen houden zich allang bezig met meer dan de geneeskunde in de meest strikte zin. Als dit acceptabel is, dan is wensgeneeskundig ingrijpen (onder bepaalde voorwaarden) daarmee in lijn. Esthetische plastische chirurgie mag zelfs alleen door artsen uitgevoerd worden aangezien het voorbehouden handelingen betreft.

ONDERMIJNT WENSGENEESKUNDE DE BEROEPSETHIEK?

De praktijk van wensgeneeskunde op het grensgebied met de reguliere geneeskunde heeft waarschijnlijk invloed op de beroepsethiek ook binnen de reguliere geneeskunde.

Als artsen vaker ingaan op verzoeken van patiënten die buiten het medische domein liggen, zijn ze dan nog wel als dokter bezig? De traditionele waarden van de geneeskunde komen onder druk te staan, wanneer louter op basis van de wens van een patiënt niet noodzakelijke behandelingen uitgevoerd worden. (Asscher e.a. 2014).

Als medisch handelen steeds meer gebaseerd is op wensen in plaats van op medische noodzaak, wat betekent dat voor de professionaliteit van de arts? Heeft dit effect op hoe hij zijn handelen ziet? Worden economische overwegingen belangrijker? Beroepsethiek is dynamisch van aard en past zich aan de veranderingen in de zorg aan (CEG 2004). Medard Hilhorst tekent hierbij aan dat 'wat kwetsbaar is' onvoldoende gesignaleerd wordt. Dat kan gaan om die personen die niet mondig genoeg zijn om zich te laten horen of die niet koopkrachtig genoeg zijn om mee te dingen. Maar het kan ook gaan om bepaalde waarden die kwetsbaarder zijn dan andere, zoals tijd, goede communicatie, vertrouwen en gezondheid als intrinsiek goed (Hillhorst 2004).

ZET WENSGENEESKUNDE DRUK OP DE SCHAARSE MIDDELEN IN DE ZORG?

Wensgeneeskunde gaat over de bevrediging van wensen en niet over prangende behoeften op het gebied van gezondheid. Wanneer wensgeneeskundige ingrepen collectief worden vergoed, rijst de vraag of de schaarse collectieve middelen wel aan het vervullen van niet-medisch noodzakelijke ingrepen moeten worden besteed. Het is niet duidelijk hoeveel kosten van wensgeneeskunde uit collectieve middelen betaald worden. In principe betaalt degene die de behandeling ondergaat zelf voor de kosten wanneer er geen sprake is van een medische noodzaak. Tegelijkertijd kan het zo zijn dat de arts toch een medische indicatie opgeeft, of dat door naderhand optredende complicaties van behandelingen toch een beroep op de vergoede zorg wordt gedaan. Bovendien worden wensgeneeskundige handelingen die door de huisarts worden verricht sowieso collectief vergoed en zijn er verschillende medische ingrepen die onder de definitie van wensgeneeskunde vallen en worden vergoed vanuit het collectief verzekerde pakket. Of kosten voor wensgeneeskundige behandelingen collectief opgebracht moeten worden is een belangrijke morele vraag over rechtvaardige verdeling van schaarse middelen.

VERDRINGT WENSGENEESKUNDE DE REGULIERE GENEESKUNDE?

Bij wensgeneeskunde gaat het per definitie nooit om medisch noodzakelijke ingrepen. Met het oog op rechtvaardige verdeling van schaarse middelen kan gesteld worden dat 'genezen veelal een groter belang zal hebben dan verbeteren en dat schaarse medische kennis en kunde daar dus allereerst aan besteed zouden moeten worden.' (Schermer 2012). Het is onbekend of artsen en andere zorgverleners die zich anders op het genezen van zieken zouden richten, zich nu meer bezighouden met het uitvoeren van wensgeneeskundige ingrepen en zich minder op genezen richten.

Verdringing van reguliere geneeskundige zorg kan optreden wanneer (zelf betaalde) wensgeneeskundige ingrepen voorgaan of complicaties opleveren waar nazorg voor

nodig is. Deze nazorg wordt vaak wel in de reguliere zorg geleverd. Denk aan het preventief verwijderen van PIP-borstimplantaten. De kosten hiervan worden vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering. Verdringing van de reguliere zorg door (nazorg van) wensgeneeskunde heeft niet alleen te maken met de inzet van artsen of zorgverleners, maar ook met de capaciteit en het budget van ziekenhuizen. Bij de beschouwing van dit argument dienen we ons ook te realiseren dat nazorg als gevolg van risicovolle keuzes van mensen, bijvoorbeeld (gevaarlijke) sporten of roken, ook vergoed wordt uit het basispakket.

Het financieringssysteem in de zorg genereert een spel van vraag en aanbod en kent financiële prikkels waar de verschillende actoren in deelnemen. Het is dan niet vreemd dat zorgaanbieders ook inspelen op wensen van patiënten die niet direct te maken hebben met het herstel van gezondheid. Wensgeneeskunde kan als een vrucht van de huidige inrichting van het zorgsysteem worden gezien. Al voor de introductie van gereguleerde marktwerking in de zorg bestonden er vormen van wensgeneeskunde, wensen worden dus niet alleen door het aanbod ingegeven. Er is altijd sprake van het samenspel tussen de voorkeuren van de wenser, de normen in de maatschappij en het aanbod van de zorg. Wensgeneeskunde is niet het gevolg van de invoering van gereguleerde marktwerking, maar kan wel versterkt worden door de prikkels in het huidige vergoedingssysteem.


SIEMENS

5 Wensgeneeskunde en de verschuivende rollen in de zorg

De rolverdeling en -verhouding van zorggebruikers, zorgverleners, zorgverzekeraars en de overheid zijn sterk in beweging en dat beïnvloedt ook wensgeneeskunde. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de verschillende en verschuivende perspectieven.

Zorggebruikers

De positie van de patiënt/cliënt in de gezondheidszorg en in het zorgstelsel is de laatste jaren steviger en invloedrijker geworden. De kwaliteitsstandaard voor 'goede zorg' wordt dan ook niet meer alleen bepaald door de professionele standaard van zorgverleners, maar komt tot stand in samenspraak met andere betrokken partijen, waaronder de patiëntenbeweging. Beleidsmatig wordt sterk ingezet op 'zelfbeschikking van de patiënt' door patiëntgerichte zorg en nadruk op 'zelfmanagement' en 'eigen regie'. In de behandelrelatie komt het persoonlijk perspectief steeds meer op de voorgrond. Keuzes in behandelbeslissingen staan niet op zichzelf en vinden vaker in gezamenlijk overleg plaats tussen arts en patiënt en passend bij de persoonlijke context, de wensen, waarden en mogelijkheden van de zorggebruiker.

De context waarin wensen ontstaan is divers. Wensen kunnen te maken hebben met karakter, geschiedenis, de persoonlijke situatie of bepaalde emoties (het 'levensverhaal'). Ook kunnen wensen aangemoedigd worden door verleidende informatie van commerciële aanbieders of een aantrekkelijk aanbod van zorgverleners om een bepaalde behandeling te verrichten zonder medische reden. Artsen en andere zorgverleners dragen in belangrijke mate bij aan het ontstaan van wensen, stelt ook Buyx:

"Several ways are recognized in which modern medicine takes an important part in generating new wishes in patients, which it then goes on to fulfil (…). These wishes 'produced' by modern medicine - while often perceived by patients as autonomous and as genuinely their own - may be regarded as prime examples for hidden and undue influence on patients' autonomy of choice". (Buyx 2008).

Als een bepaalde medische verrichting in het aanvullend pakket van een verzekeraar is opgenomen kan dit een wens oproepen. Het idee kan ontstaan dat er toch al voor de

behandeling is betaald en dat het zonde zou zijn om deze niet te benutten. Wensen kunnen ook worden ingegeven door angst. Zo kunnen mensen zonder gegronde reden bang zijn om een ziekte onder de leden te hebben en vragen om uitgebreide diagnostiek.

Naast de context van het aanbod van zorg kunnen bepaalde vormen van sociale druk zoals schoonheidsidealen of de druk om te presteren leiden tot wensgeneeskundige behandelingen. Denk daarbij aan esthetische chirurgie of ingrepen in de sportgeneeskunde. De media brengen technologische mogelijkheden graag onder de aandacht van het grote publiek. Nieuwe mogelijkheden kunnen de norm veranderen en daarna volgen vraag en aanbod.

Nieuwe techniek leidt niet alleen tot nieuwe mogelijkheden om dingen te doen die we eerst niet of minder goed konden (…), maar heeft ook tot gevolg dat we anders naar de wereld en onszelf gaan kijken. Technische verandering gaat in die zin samen met veranderingen in behoeften, waarden en verwachtingen. (Swierstra 2011).

Het aantal kinderen dat een beugel krijgt is bijvoorbeeld flink toegenomen van één op de vijf in de jaren ’80 tot meer dan de helft in 2009 (Gezondheidsraad 2012).

RECHT OP ZELFBESCHIKKING

In de laatste decennia heeft het recht op zelfbeschikking van zorgvragers aan invloed gewonnen. In het regeerakkoord ‘Bruggen Slaan’ (2012) wordt gesteld dat het beginsel van zelfbeschikking leidend is in medisch-ethische vraagstukken. Het is een belangrijk onderliggend principe in de medische wet- en regelgeving. ZonMw heeft een thematische wetsevaluatie laten doen naar het concept zelfbeschikking. In het ZonMw-rapport worden drie verschillende, conceptuele interpretaties van het recht op zelfbeschikking onderscheiden: zelfbeschikking als afweerrecht, als keuzevrijheid en als zelfontplooiing (ZonMw 2013).

- **AFWEERRECHT**

Als afweerrecht kan het recht op zelfbeschikking voornamelijk gezien worden als ‘vrijheid van’, in de literatuur vaak aangeduid als negatieve vrijheid (Berlin 1958). Dit betekent dat de zorgvrager bij het maken van een keuze vrij dient te zijn van controlerende, externe beïnvloeding. Een zorgvrager heeft het recht om een voorgestelde behandeling te weigeren, ook al is de zorgverlener van mening dat die behandeling de beste keuze is. In de praktijk speelt ‘informed consent’ een belangrijke rol: een zorgverlener mag een medische (be)handeling uitvoeren, op voorwaarde dat de zorgvrager goed is geïnformeerd en instemt met de behandeling.

- **KEUZEVRIJHEID**

Zelfbeschikking kan ook worden gezien als 'keuzevrijheid' ('vrijheid tot'). Deze positieve vrijheid (Berlin 1958) richt zich vooral op het kúnnen kiezen en handelen om zo naar eigen inzicht het leven vorm te geven. Het gaat niet alleen om de afwezigheid van controlerende, externe beïnvloeding, maar ook van de aanwezigheid van factoren om zelf keuzes te kunnen maken.

- **ZELFONTPLOOIING**

Zelfbeschikking kan ook betekenen dat keuzen tot stand komen vanuit de eigen persoonlijkheid en de sociale context waarbinnen het individu zich bevindt. Dit geeft zekere grenzen aan keuzevrijheid, maar die grenzen zijn niet van buitenaf opgelegd (ZonMw 2013). Ze komen voort uit diepgewortelde waarden en normen, de eigen visie op het leven en de eigen levensovertuigingen. Keuzevrijheid krijgt hiermee een diepere invulling: de vrijheid om keuzes te maken veronderstelt ook de verantwoordelijkheid om keuzes te maken die aansluiten bij wie men echt is en wat men echt wil. En dat veronderstelt dat een individu in staat is om kritisch op de eigen normen, waarden, wensen en voorkeuren te reflecteren.

ZELFBESCHIKKING EN GRENZEN AAN WENSEN

Er is sprake van een accentverschuiving in de invulling van het recht op zelfbeschikking. Aanvankelijk lag de nadruk op het recht van mensen om een behandeling te weigeren (zelfbeschikking als 'afweerrecht', bijvoorbeeld door *informed consent*). Later kwam er steeds meer aandacht voor 'keuzevrijheid en zelfontplooiing' van mensen (CEG 2012). Binnen de zorg krijgen zorggebruikers steeds meer ruimte om zich te ontplooien en het leven naar eigen inzicht in te richten (ZonMw 2013).

Als het iedereen vrij staat om het leven naar eigen inzicht vorm te geven en het huidige zorgsysteem ook die ruimte biedt en daartoe uitnodigt, lijkt het lastig om grenzen te stellen. Zolang de keuze van de zorgvrager weloverwogen is, lijkt elke zorgvraag legitiem te zijn. Binnen het juridische kader wordt 'zorg' pas 'goede zorg' genoemd, als deze ingaat op de reële behoefte van de zorgvrager. Wat echter een 'reële behoefte' is en wat niet, wordt niet verder uitgewerkt.

Kwaliteitswet zorginstellingen, artikel 2:
De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

Het is aan de zorgvrager zelf om te bepalen wat voor hem een reële (zorg)behoefte is en of hij al dan niet met zijn zorgvraag naar de zorgverlener gaat. Het is echter niet aan de zorgvrager om te bepalen of er een medische noodzaak (indicatie) bestaat voor deze reële (zorg)behoefte. Dat oordeel en die verantwoordelijkheid is aan de behandelend arts of zorgverlener. En daarin schuilt de kern van het probleem. Zolang het begrip 'reë-

le behoefte' niet verder wordt gespecificeerd, blijft het lastig om duidelijke afbakeningen te geven aan het begrip 'reële behoefte' en 'legitieme zorgvraag'. De enige duidelijke (morele en juridische) grens die op dit moment in de wet- en regelgeving is gespecificeerd, is dat de geleverde zorg niet schadelijk mag zijn of geen aanneembare kans op schade mag hebben.

Zorgverleners

De positie van artsen en andere zorgverleners maakt ook een flinke verschuiving door. Waar deze enkele decennia geleden niet eens alle aspecten van de behandeling met de patiënt hoefden te bespreken, staan tegenwoordig 'gezamenlijke besluitvorming', respect voor persoonlijke autonomie en geïnformeerde toestemming hoog in het vaandel (CEG 2014). Daarnaast wordt van artsen en andere zorgverleners steeds meer verwacht dat zij hun handelen maatschappelijk kunnen verantwoorden door transparantie en controleerbaarheid van prestaties. In hun medisch handelen en voorschrijfgedrag dienen zij naast het belang van de patiënt ook oog te hebben voor het publieke belang van betaalbaarheid en rechtvaardige verdeling van de zorg. In juridisch opzicht geldt onverkort voor elke BIG-geregistreerde arts het tuchtrecht. Zoals eerder besproken, beperkt de reikwijdte van de Wet BIG zich niet tot medische handelingen, maar geldt deze ook voor de niet-medische zorgverlening. Dit betekent dat wensgeneeskundige behandelingen, opgevat als (be)handelingen zonder medische noodzaak, als ze individueel gericht en beroepsmatig uitgevoerd worden onder de Wet BIG vallen (zie ook pagina 14).

DE BEROEPSETHIEK VAN ZORGVERLENERS

De normen van de medische beroepsmoraal hebben ten doel om het vertrouwen van de patiënt te beschermen en het goede handelen van de arts te bepalen. Deze normen dienen zowel het belang van de maatschappij als het belang van de patiënt (KNMG 2014). Zo is een arts gebonden door een geheimhoudingsplicht die garandeert 'dat iedereen zich vrijelijk voor hulp en bijstand tot een arts kan wenden, wat bijdraagt aan het 'gelijke recht op gezondheidszorg voor iedereen'. (KNMG 2014).

De beroepsethiek van artsen (en andere zorgverleners) verandert met de tijd. In het begin van de twintigste eeuw druiste het bijvoorbeeld volledig tegen de beroepsethiek van een arts in om een patiënt te vertellen dat hij aan zijn ziekte zou overlijden. Tegenwoordig wordt vooral openheid en een goede en gelijkwaardige communicatie met de patiënt nagestreefd, ook wanneer dit betekent dat deze mogelijk ongerust gemaakt wordt (Dwarswaard 2011). De vroegere houding van de arts wordt wel 'paternalistisch' genoemd. Sinds de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw wordt de term paternalisme voornamelijk gebruikt om een onwenselijke situatie uit te drukken: door paternalisme wordt de patiënt betutteld en krijgt deze niet de kans om zijn eigen keuzes te maken. Vanaf de jaren '70 wordt steeds meer gestreefd naar een gelijkwaardige relatie tussen arts en patiënt, waarbij de patiënt alle relevante informatie tot zijn beschikking heeft en

zo veel mogelijk eigen keuzes kan maken. Het doel van de arts is gelijk gebleven, hij zet zich in voor de gezondheid van de patiënt, maar de wijze waarop dit gebeurt is door de jaren heen sterk veranderd (Hilhorst 2004).

DOCTOR-KNOWS-BEST OF U-VRAAGT-WIJ-DRAAIEN?

Binnen de Nederlandse beroepsethiek van artsen en dan met name bij huisartsen, heeft het principe van terughoudendheid een belangrijke rol gespeeld (Dwarswaard 2011). Een goede huisarts, zo luidde lange tijd de opvatting, weet wanneer te handelen maar weet vooral wanneer niét te handelen. Het principe van terughoudendheid lijkt door de huidige bekostigingsstructuur in de zorg en de komst van vele nieuwe technologische mogelijkheden onder druk te komen staan. De houding van Nederlandse huisartsen tegenover de opkomst van *health checks* is hierbij illustratief. In zijn advies *Screening tussen hoop en hype* schrijft de Gezondheidsraad hierover: “Nederlandse huisartsen, die zich altijd kritisch hebben uitgelaten over het nut van *health checks*, maar zich nu in toenemende mate geconfronteerd zien met door het testaanbod van anderen gegenereerde zorgvragen, willen die *checks* dan toch maar liever zelf aanbieden” (Gezondheidsraad 2008). In zijn recente advies over *health checks* waarschuwt de Gezondheidsraad tegen het aanbieden van (ongerichte) *health checks* in de reguliere zorg, om vermenging van reguliere zorg en commerciële doelen te vermijden (Gezondheidsraad 2015).

De rol van artsen en andere zorgverleners is aan het veranderen (Legemaate 2013). Aan de ene kant wordt van hen verwacht dat zij hun praktijk als een onderneming drijven. Aan de andere kant wil men dat zij als ‘poortwachters’ overconsumptie van zorg tegengaan. Als gedachte-experiment is voor esthetische chirurgie ooit voorgesteld om degenen die zich louter bezighouden met het verkopen van diensten die medisch-technische kennis en kunde vereisen ‘schmokters’ te noemen (Parens 2007). Deze groep is niet gebonden door de beroepsethiek van artsen en streeft geen klassiek medisch doel na. Schmokters richten zich niet op patiënten, maar op cliënten of zorgconsumenten, technische kennis en kunde blijven een vereiste (Asscher 2014). Men kan zich afvragen of de ontwikkeling van wensgeneeskunde ertoe leidt dat dokters zich ontwikkelen tot ‘wensenvervullers’ van de patiënt of cliënt.

VAN PROFESSIONELE AUTONOMIE NAAR PROFESSIONELE VERANTWOORDELIJKHEID?

Het principe van professionele autonomie biedt artsen de vrijheid om binnen wettelijke kaders en professionele standaarden een eigen professioneel oordeel te vormen - zonder inmenging van derden (KNMG 2007). Dit betekent dat artsen een mate van vrije handelingsruimte hebben om te bepalen of een behandeling medisch noodzakelijk dan wel wensgeneeskunde is. Artsen zijn dus niet volledig gebonden aan voorschriften en richtlijnen. Wanneer een specifieke situatie vraagt om anders handelen, heeft de arts de ruimte om ‘beargumenteerd te kunnen afwijken’.

Er is de laatste jaren veel discussie geweest over het begrip professionele autonomie. Sommigen vinden dat de term autonomie te sterk de nadruk legt op de handelingsvrijheid van de arts die losstaat van zijn verantwoordelijkheid tegenover de maatschappij. Vandaar het voorstel om in plaats van professionele autonomie te spreken van professionele verantwoordelijkheid, zodat de relatie tussen arts en maatschappij steviger benadrukt wordt (Den Hartogh 1997).

WENSGENEESKUNDE EN DE PRINCIPES VAN DE MEDISCHE BEROEPSETHIEK

Het 'goed medisch handelen' wordt bepaald door de principes van weldoen, niet-schaden, rechtvaardigheid en respect voor autonomie (Ten Have 2003). Zoals elke vorm van geneeskunde kan ook wensgeneeskunde spanning veroorzaken tussen de verschillende principes. Het respect voor de autonomie van de patiënt kan haaks staan op het principe van niet-schaden of het principe van rechtvaardigheid (Asscher 2014). Ook het principe van rechtvaardigheid is bij wensgeneeskunde relevant. In hoeverre is het rechtvaardig wanneer een arts overbodige handelingen uitvoert, wanneer ze ook collectief verzekerde kosten opleveren of voor verdringing van reguliere zorg zorgen? Een arts is er in de eerste plaats voor de individuele patiënt, maar hij heeft ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Asscher ea. ondervroegen huisartsen, plastisch chirurgen en leken over wensgeneeskunde en de ethische argumenten daarbij. Alle gesprekspartners benadrukten het belang van een autonome keuze door de patiënt voor een wensgeneeskundige ingreep. Daarnaast vond men van belang dat artsen het principe van niet-schaden toepasten. In verschillende groepen vond men het rechtvaardig als patiënten zelf moeten betalen voor ingrepen die niet medisch noodzakelijk zijn. Goeddoen kwam minder sterk uit de interviews naar voren, al werd dit wel genoemd in de focusgroep onder huisartsen (Asscher e.a. 2013, Asscher e.a. 2012). Hoewel de geïnterviewden duidelijk veel gewicht toekenden aan het principe van respect voor de autonomie van de patiënt, werden er verschillende argumenten genoemd om niet op alle wensgeneeskundige verzoeken in te gaan. Als een ingreep ernstige bijwerkingen heeft of een duidelijk risico met zich meebrengt, kozen de ondervraagde artsen ervoor om de ingreep niet uit te voeren. Tegelijkertijd werd de subjectiviteit van schoonheid en normaliteit in de discussie geproblematiseerd. Andere redenen om niet met verzoeken van patiënten mee te gaan lagen op het gebied van rechtvaardigheid en financiën (zeker wanneer de ingreep werd betaald uit collectieve middelen) en de al dan niet realistische verwachtingen van de patiënt. Daarnaast waren er redenen voor artsen om wel mee te gaan met het verzoek van de patiënt. Huisartsen zeiden mee te gaan in verzoeken van de patiënt om de relatie goed te houden, zodat zij als aanspreekpunt konden blijven fungeren en de patiënt in de eerste lijn konden houden. Artsen zeiden ook medische handelingen puur ter geruststelling van de patiënt in te zetten om zo een stap verder te kunnen komen in het proces met de patiënt. Ook de mate waarin de arts begrip kon opbrengen voor de vraag of het probleem van de patiënt bleek een rol te spelen in de afweging. Tegelijkertijd werden hier in de focusgroepen vraagtekens bij geplaatst. (Asscher ea. 2012).

Hoewel de verschillende principes van het goede medisch handelen nog belangrijk zijn in de praktijk, lijkt er een nieuwe balans te ontstaan. Het principe van autonomie lijkt vaker voorrang te krijgen in conflicten met andere principes, zoals niet schaden. Een extreem voorbeeld hiervan is het betoog van Schramme in een artikel in *Bioethics* dat ook zeer radicale ingrepen in iemands lichaam door zijn verzoek zouden worden gelegitimeerd: *"If people voluntarily choose to mutilate their flesh, we better assume that they take it to be in their interest."* (Schramme 2008).

GOED DOEN EN NIET SCHADEN: GOED HULPVERLENERSCHAP EN WENSGENEESKUNDE

Een arts is gebonden door de plicht van goed hulpverlenerschap, die is opgenomen in de Wgbo. Deze verantwoordelijkheid maakt dat niet elke keuze tot handelen of niet handelen mogelijk is. Een arts die een patiënt met een acute blindedarmontsteking geen behandeling biedt is laakbaar, net als een arts die zonder goede reden een gezond orgaan verwijdert bij een patiënt. De reguliere geneeskunde wordt in feite afgebakend door de professionele standaard waarin alles wat artsen behoren te doen en te laten is opgenomen. Bij het ontbreken van een medische noodzaak kan een arts aan een verzoek van een patiënt voldoen om een situatie te verbeteren (bijvoorbeeld flapoorcorrectie), maar hij kan niet daartoe verplicht worden (Gezondheidsraad 2003). Artsen mogen dit zelfs niet doen wanneer het mogelijk schadelijk is. Het is aan artsen om zich af te vragen of het uitvoeren van een wensgeneeskundige handeling wel onder hun beroepsopvatting valt. Zij moeten steeds weer de afweging maken waar zij de grens willen trekken:

Geneeskunde die niet bijdraagt aan het verbeteren van levens is geen goede geneeskunde; maar dat betekent niet dat alles wat levens verbetert tot de geneeskunde hoort. Artsen kunnen terecht stellen dat hun vak gaat over genezen van zieken en verlichten van lijden en niet over het verder verbeteren van gezonde mensen. Zij kunnen daar een grens trekken. (Schermer 2012).

Niet alleen de vraag of een behandeling de patiënt mogelijk kan schaden, maar ook de vraag of een behandeling overbodig is, is daarbij relevant.

VERZWAARDE INFORMATIEPLICHT EN HET BELANG VAN AUTONOME KEUZEN

Wanneer een arts ervoor kiest om een wensgeneeskundige behandeling uit te voeren, heeft hij dezelfde verantwoordelijkheden als bij gewoon geneeskundig handelen. Elke BIG-geregistreerde arts valt onder het tuchtrecht en dient verantwoordelijk en in overeenstemming met een goede uitvoering van de individuele gezondheidszorg te handelen. De arts dient eventuele risico's in te schatten en de patiënt of cliënt van goede informatie te voorzien. Het ontbreken van een 'objectieve of intersubjectieve verbetering van een eigenschap' bij de patiënt kan ertoe leiden dat de arts bij wensgeneeskunde een verzwaarde informatieplicht heeft. Deze geldt nu al bij onder meer de cosmetische chirurgie (Gezondheidsraad 2003). Daarnaast heeft de arts de verantwoordelijkheid om

na te gaan of een wens echt autonoom is. Daarbij is het van belang om de gevoelens en motieven die achter het verzoek liggen te onderzoeken en om na te gaan of het verzoek binnen het levensverhaal, de persoonlijkheid en het waardepatroon van de betreffende persoon past (Gezondheidsraad 2003) (Buyx 2008). Bij disproportionele sociale druk, wilsonbekwaamheid of een minderjarige patiënt is extra terughoudendheid in het uitvoeren van wensgeneeskundige behandelingen noodzakelijk.

VERDACHTE NORMEN EN WENSGENEESKUNDE

Naast de vraag of wensgeneeskunde past binnen de beroepsopvatting van een arts, kunnen er morele bezwaren bestaan tegen het uitvoeren van bepaalde behandelingen. Zo is er de mogelijke bestendiging van stigmatiserende ideaalbeelden (Little 1998) bij het ‘openen van Aziatische ogen’ of het voorschrijven van huidblekende crème (Asscher 2012). Stapel constateert dat er in de beroepsgroep van de esthetische plastische chirurgie te weinig debat over dit soort vraagstukken wordt gevoerd:

Bij gebrek aan handvatten laten [artsen] zich als het ware meezuigen in het uitvoeren van een ingreep waar ze niet helemaal achter staan. Hierdoor zal de ingreep meer en meer geaccepteerd worden en de discussie over professionaliteit en autonomie naar de achtergrond verdwijnen. Hoewel dit de chirurgen lucht geeft in de zin dat zij die morele dilemma’s minder heftig ervaren, wordt hier tegelijkertijd een kans gemist om op dergelijke nieuwe ingrepen te reflecteren als beroepsgroep (Stapel 2014).

Het voeren van dit debat is niet alleen in de esthetische plastische chirurgie van belang, maar is relevant voor alle beroepsgroepen die met wensgeneeskunde te maken kunnen krijgen.

BEROEPSETHISCHE REFLECTIE OVER WENSGENEESKUNDE

Zoals hierboven gesteld, spelen de klassieke, medisch-ethische principes nog altijd een centrale rol in de geneeskunde. Hoewel er wellicht meer gewicht wordt toegekend aan het principe van respect voor autonomie, gelden de waarden van niet-schaden, goeddoen en rechtvaardigheid nog steeds.

“Kortom, er lijkt een verschuiving op te treden in de balans tussen de waarden van autonomie van de patiënt enerzijds en niet-schaden anderzijds. Daarmee verandert de beroepsethiek van de moderne arts weliswaar enigszins, maar er lijkt geen sprake van doorschieten in een bedrijfsmatig model, waarbij wensen vervuld worden door ‘schmokters’ die zich aan de gezondheidsbelangen van de patiënt weinig gelegen laten liggen.” (Asscher e.a. 2014).

Artsen bevinden zich in een krachtenveld van invloeden. Naast de eigen professionaliteit spelen ook de noodzaak om zorgkosten beheersbaar te houden en de publieke verantwoording van prestaties mee (Schermer e.a. 2013). Een eenduidig antwoord op de vraag hoe individuele artsen om moeten gaan met wensgeneeskundige verzoeken is

niet te geven. Wel kan de beroepsgroep het thema wensgeneeskunde op de agenda zetten, het debat daarover zowel in eigen kring als breder in de maatschappij voeren. Beroepsmatig zou dit kunnen leiden tot het formuleren van richtlijnen die de zorgverlener kunnen ondersteunen in de besluitvorming van specifieke wensgeneeskundige behandelingen.

De overheid

De overheid heeft verschillende verantwoordelijkheden op het gebied van gezondheid en daarbuiten, die het kader bepalen voor overheidsingrijpen. We bespreken deze verantwoordelijkheden en de relatie met wensgeneeskunde hieronder.

GEZONDHEIDSBEVORDERING

Volgens artikel 22 van de Grondwet heeft de overheid de taak de volksgezondheid te bevorderen. Er zijn verschillende opvattingen over de vorm en reikwijdte van deze verantwoordelijkheid. De smalste interpretatie is dat de overheid moet ingrijpen bij acuut gevaar voor de (volks)gezondheid. Andere interpretaties laten meer ruimte om in te grijpen in ontwikkelingen die een risico kunnen vormen voor de gezondheid.

Een argument voor de smalle interpretatie is dat de overheid neutraal dient te zijn ten opzichte van keuzes die mensen maken over hun eigen welzijn. De overheid zal zich daarom terughoudend opstellen om wensgeneeskundige (be)handelingen te reguleren (Gezondheidsraad 2003). Haar taak beperkt zich tot het voorkomen van schade. Ze kan dit doen door voorlichting over risico's van wensgeneeskunde, door bescherming van minderjarigen en wilsonbekwamen en door kwaliteitsborging van wensgeneeskundige ingrepen die mensen kunnen ondergaan. Wanneer er echter significante (gezondheids)nadelen aan wensgeneeskunde blijken te zitten die niet adequaat opgelost kunnen worden door informatievoorziening, is verder overheidsingrijpen niet alleen verantwoord maar noodzakelijk.

RECHTVAARDIGE VERDELING VAN ZORG EN MIDDELEN

'Betaalbaarheid', 'toegankelijkheid' en 'kwaliteit' zijn drie belangrijke uitgangspunten van het overheidsbeleid op het gebied van gezondheidszorg. De overheid moet ervoor zorgen dat de kosten van de gezondheidzorg beheersbaar zijn en rechtvaardig verdeeld worden. In principe betaalt de zorgvrager zelf de kosten van een behandeling zonder medische indicatie.

Daarom is het de vraag in welke mate wensgeneeskundige behandelingen een onevenredige druk leggen op een eerlijke verdeling van middelen in de zorg. Artsen geven soms een medische indicatie voor wensgeneeskundige ingrepen. Na wensgeneeskundige behandelingen kunnen complicaties optreden waarbij er een beroep op de verzekerde zorg wordt gedaan. Het is denkbaar dat bij beperkte capaciteit in ziekenhuizen medisch geïndiceerde behandelingen verdrongen worden door wensgeneeskundige. Als

dat zou gebeuren, is de ‘toegankelijkheid’ van de reguliere zorg in het geding. Op dit moment is niet bekend in hoeverre wensgeneeskundige behandelingen een onevenredige druk leggen op de beschikbare zorg. Ook is onduidelijk of dit in de toekomst een probleem gaat zijn.

TOESTAAN OF REGULEREN

In de meeste gevallen is de overheid terughoudend met regulering van wensgeneeskundige ingrepen. Sommige behandelingen leiden wel tot overheidsingrijpen. Bijvoorbeeld geslachtskeuze zonder medische indicatie en het gebruik van anabole steroïden zijn in Nederland verboden. In het eerste geval gaat het om een keuze die in Nederland als niet-ethisch beschouwd wordt. In het tweede geval is het de vraag hoe veilig deze middelen zijn en of ze tot schade leiden.

Een bekend voorbeeld zijn de borstimplantaten van het merk PIP die inmiddels in Nederland verboden zijn vanwege gebrekkige kwaliteit (lekken en/of scheuren) en de mogelijk schadelijke gevolgen voor vrouwen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft alle vrouwen met deze implantaten opgeroepen een afspraak te maken met hun behandelaar. De IGZ en de Nederlandse Vereniging van Plastisch Chirurgen hebben in januari 2012 geadviseerd om de implantaten preventief te laten verwijderen (IGZ 2015).

Wanneer er duidelijk sprake is van schade - zoals in bovenstaand voorbeeld - moet de overheid haar burgers beschermen en ingrijpen. In veel gevallen zal zij de ontwikkeling en regulering van wensgeneeskunde echter aan het veld en de markt overlaten. Een voorbeeld daarvan is de richtlijn die Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) gezamenlijk hebben opgesteld, waarbij voor schaamlipcorrectie een leeftijdsgrens van 18 jaar wordt voorgesteld:

Esthetische ingrepen in de genitaalstreek zoals een labiumreductie worden bij voorkeur pas uitgevoerd wanneer het betreffende gebied uitgegroeid is, wat meestal omtrent het 18e levensjaar het geval is. Een verzoek daartoe vóór deze leeftijd is een reden om de vrouw te counselen in samenwerking met een psycholoog. Wanneer er een discrepantie bestaat tussen de mate/ernst of soort van klachten en de bij lichamelijk onderzoek vastgestelde grootte van de labia minora dient te worden afgezien van operatief ingrijpen. Dit geldt ook bij een niet te corrigeren irreëel verwachtingspatroon bij de patiënte. Wanneer de vrouw niet alleen in verschillende situaties, maar ook spontaan pijn aan de vulva ervaart, dient een niet-chirurgische behandeling voor haar klachten te worden aangeboden (NVPC en NVOG, 2008).

De uitgangspositie van de overheid bij wensgeneeskunde is er een van neutraliteit. Zij grijpt slechts in bij bewezen gevaar voor de volksgezondheid en wanneer wensgenees-

kundige ingrepen ethisch niet aanvaardbaar zijn. Het is van belang om ook de andere risico's voor de volksgezondheid in het vizier te houden, zoals verdringing van reguliere zorg.

Zorgverzekeraars

De rol van de zorgverzekeraar neemt toe en wordt wel de 'motor' achter de gezondheidszorg genoemd.

"Consumenten worden geacht op de zorgverzekeringsmarkt uit concurrerende verzekeraars te kiezen die op hun beurt op zorginkoopmarkten de kwalitatief beste en meest doelmatige zorgaanbieders horen te contracteren. Op deze wijze wordt het stelsel geacht zowel kwaliteitsverhoging als kostenbeheersing te bewerkstelligen". (Halbersma 2013).

Aangezien zorgverzekeraars de zorgaanbieders contracteren, hebben zij invloed op de zorg (behandelmethodes) die wordt gebruikt. Die invloed lijkt toe te nemen:

"Medisch specialisten maken zich grote zorgen over teveel invloed van de zorgverzekeraars binnen het huidige zorgstelsel. Dat blijkt uit een ledenpeiling van Federatie Medisch Specialisten waarop 1.400 medisch specialisten reageerden. De zorgverzekeraar moet niet op de stoel van de dokter gaan zitten; artsen hebben de medisch inhoudelijke kennis en geven samen met de patiënt inhoud aan kwalitatief goede zorg." Dat is de boodschap van de Federatie Medisch Specialisten, voorheen De Orde van Medisch Specialisten (www.demedischspecialist.nl).

Welke invloed hebben zorgverzekeraars op wensgeneeskunde? Iemand die last heeft van hangende oogleden kan geholpen zijn met een bovenooglidcorrectie. Kan deze klacht aangemerkt worden als een 'reële behoefte'? In sommige gevallen vindt de arts een ooglidcorrectie medisch geïndiceerd. De verzekeraar kan daar anders over denken. Een bovenooglidcorrectie wordt bijna nooit vergoed, alleen bij aangeboren afwijkingen of chronische aandoeningen. De zorg in het basispakket wordt bepaald door de overheid, op advies van het ZiN. Maar verzekeraars hebben aanvullende voorwaarden gesteld aan de vergoeding van sommige ingrepen.

Daarnaast oefenen zorgverzekeraars invloed uit via de aanvullende verzekeringen die elke verzekeraar zelf samenstelt. Wat in de zorg (aanvullend) verzekerd wordt, heeft invloed op de beeldvorming rond die vormen van zorg. Als iets verzekerd is, kan verwacht worden dat consumenten het als nuttig, belangrijk, of als een normale geneeskundige handeling gaan zien. Van het aanvullend pakket kan zo een normaliserende werking uitgaan. Daarnaast kan het enkele feit dat iets wordt aangeboden in het aanvullende pakket door patiënten en consumenten als reden worden gezien om de behandeling of ingreep daadwerkelijk in te zetten of te ondergaan. Denk bijvoorbeeld aan de zogenoemde 'pretecho's' die in een aanvullend pakket opgenomen kunnen zijn. De

keuze om een vorm van wensgeneeskunde al dan niet in het aanvullend pakket op te nemen, is van invloed op de zorg in bredere zin.

Veranderende rollen en verhoudingen

De rollen van de verschillende partijen in de zorg zijn in beweging en de onderlinge verhoudingen verschuiven. Veranderingen die ook van invloed zijn op de ontwikkeling van wensgeneeskunde. Patiënten krijgen meer keuzevrijheid en recht op zelfontplooiing. Daarmee ontstaat ook meer ruimte voor verschillen tussen patiënten/cliënten. De rol van de zorgverleners en de aangeboden zorg is tegenwoordig meer volgend dan voorheen. Het beleid en de beroepspraktijk gaan niet meer uit van *one size fits all* maar onderkennen dat er verschillen zijn in welke zorg het beste past. Deze patiënt- of cliëntgerichtheid van de zorg als ook een terughoudende opstelling van de overheid en de toenemende invloed van zorgverzekeraars draagt bij tot een niet scherp te trekken grens tussen wat wel en niet medisch noodzakelijke zorg is.



CELE
ENAL
ESCI
CETO
CICL
ESOM
EXEM
CICL
CITA
EZET
FENO
CLAR
CLOB
FENP
FEXO
ATOR
FINA
FLUC
CLOR
COTR
FLUC
FLUC
CROM
DESM
Topicorte
Monofree
Dexamethason

6 De balans opmaken en de agenda bepalen

In dit laatste hoofdstuk maken we de balans op en bespreken we de ethische implicaties. We inventariseren de vragen die nadere aandacht, discussie en reflectie verdienen voor zorgverleners, patiënten, zorgverzekeraars en de overheid.

Wensgeneeskunde is een elastisch begrip

Om de grens tussen wensgeneeskunde en reguliere geneeskunde te kunnen bepalen lijkt ‘medische noodzakelijkheid’ een vanzelfsprekend criterium. Dat blijkt echter geen hard criterium te zijn, maar een rekbaar begrip dat soms in dezelfde situaties verschillend wordt geïnterpreteerd. Wensgeneeskunde is niet eenvoudig te onderscheiden van reguliere geneeskunde en is veeleer het ‘overloopgebied’ - zoals de uiterwaarden van een rivier - van reguliere geneeskunde.

Wensgeneeskunde is niet meer weg te denken

Wensgeneeskunde is een ontwikkeling die waarschijnlijk de komende jaren toe zal nemen. De veranderende verhoudingen tussen zorgverleners en zorggebruikers, de invloed van maatschappelijke tendensen - zoals schoonheidsidealen, de wens om prestaties te optimaliseren of de wens gerustgesteld te worden - en de ‘perverse prikkels’ in de bekostigingsstructuur van de gezondheidszorg zijn factoren die wensgeneeskunde kunnen versterken. Tegelijkertijd zijn er ‘geldzorgen in de zorg’.

Valt wensgeneeskunde onder ‘goed medisch handelen’?

Het ‘goed medisch handelen’ wordt bepaald door de principes van weldoen, niet-schaden, rechtvaardigheid en respect voor autonomie (Ten Have 2003). Wensgeneeskunde kan een bijzondere spanning tussen de verschillende principes oproepen. Het respect voor de autonomie van de patiënt kan haaks staan op het principe van niet-schaden of het principe van rechtvaardigheid. In tegenstelling tot in de reguliere geneeskunde staat er bij wensgeneeskundige ingrepen geen duidelijk gezondheidsvoordeel tegenover de nadelen. Dat maakt dat respect voor autonomie als enige rechtvaardiging voor het handelen van de zorgverlener overblijft.

Wensgeneeskundige behandelingen hebben ook gezondheidsrisico’s. Soms zijn deze risico’s groot en onverwacht, zoals bij de PIP-borstimplantaten. Het is aan de overheid

en de beroepsgroep om burgers te beschermen tegen de risico's van wensgeneeskundige behandeling zonder daarbij hun autonomie te veel in te perken. Dat is enerzijds mogelijk door goede voorlichting, anderzijds zijn soms maatregelen nodig om bijzonder risicovolle wensgeneeskunde in te perken.

Wanneer een arts ervoor gekozen heeft om een wensgeneeskundige behandeling uit te voeren, heeft hij dezelfde verantwoordelijkheden als bij gewoon geneeskundig handelen. Bij het ontbreken van een medische indicatie kan een arts aan een verzoek van een patiënt voldoen om een situatie te verbeteren (bijvoorbeeld flapoorcorrectie), maar hij kan niet daartoe verplicht worden. Het is aan de arts om zich af te vragen of het uitvoeren van een wensgeneeskundige handeling onder zijn beroepsopvatting valt. Hij kan voor zijn afweging te rade gaan bij zijn beroepsgroep (richtlijnen) of bij (een groep) collega's.

Wensgeneeskunde kan tot verdringing van reguliere zorg leiden

Een belangrijk probleem ontstaat als wensgeneeskundige behandelingen of de nazorg daarvan een groot beslag blijken te leggen op de capaciteit van de zorg waardoor toegankelijkheid van de reguliere, noodzakelijke zorg in het geding komt. Verdringing van reguliere geneeskundige zorg kan optreden wanneer wensgeneeskundige ingrepen voorrang krijgen op reguliere zorg, of wanneer er complicaties zijn waarvoor (veel) nazorg nodig is. Verdringing als gevolg van (nazorg van) wensgeneeskunde heeft niet alleen te maken met de inzet of beschikbaarheid van artsen of zorgverleners, maar ook met de opnamecapaciteit en de toereikendheid van het budget van ziekenhuizen. Of deze implicaties op dit moment voorkomen is niet te zeggen omdat er geen cijfers over bekend zijn.

Soms wordt wensgeneeskunde vergoed, soms niet

Soms wordt er in de praktijk uit de collectieve middelen betaald voor wensgeneeskunde: bijvoorbeeld bij de huisarts. Bovendien blijkt dat artsen soms een medische indicatie opgeven waar deze niet van toepassing of omstreden is. Zo ontstaan er verschillen tussen zorgverleners wat betreft het verstrekken van medische indicaties en daaruit voortvloeiende verschillen in vergoeding van ingrepen. Als dit het geval is, heeft niet iedereen evenveel toegang tot deze ingrepen en dreigen ongelijkheid en willekeur.

De verantwoordelijkheid van zorgverleners en beroepsgroepen

Wanneer een patiënt/cliënt om behandeling vraagt zonder dat er een medische noodzaak voor is dan moet een zorgverlener zelf beslissen of hij meewerkt aan dat verzoek en hoe hij die beslissing onderbouwt. De beslissing kan in overleg met de zorgvrager worden genomen en bij twijfel worden voorgelegd aan een (multidisciplinair) team van collega's.

Binnen de beroepsgroepen is het van belang om het thema wensgeneeskunde te bespreken en te bezien of er voor bepaalde wensgeneeskundige ingrepen richtlijnen zouden moeten komen. Een individuele arts die twijfelt of hij een bepaalde behandeling moet uitvoeren, kan houvast vinden in een richtlijn waarbij de beroepsgroep de standaard handelwijze ten opzichte van bepaalde wensgeneeskundige verzoeken bepaalt. Een voorbeeld van zo'n richtlijn is die voor schaamlipcorrectie (NVPC en NVOG 2008).

Daarnaast kan het nuttig zijn om als beroepsgroep een (medisch-ethisch) toetsingskader voor veelvoorkomende wensgeneeskundige verzoeken op te stellen, waarbij rekening wordt gehouden met mogelijke schade aan de patiënt. Een voorbeeld hiervan is het door de Nederlandse Vereniging van Obstetrie & Gynaecologie (NVOG 2009) opgestelde Modelprotocol: Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen.

In de spreekkamer vindt gezamenlijke besluitvorming en gepersonaliseerde zorg steeds meer plaats. Deze aanpak van zorg biedt mogelijk een manier van omgaan met wensgeneeskundige verzoeken op individueel niveau. Het persoonlijk perspectief of de wijze waarop mensen hun leven willen inrichten kan een aangrijpingspunt zijn voor het gesprek over een wensgeneeskundige behandeling. Het biedt de mogelijkheid de 'vraag achter de vraag' te ontdekken en met de cliënt of patiënt samen te zoeken naar de best passende oplossing. Meer ruimte voor maatwerk, passende zorg en gezamenlijke besluitvorming kan een oplossing bieden maar ook risico's inhouden. Zo kan het wensgeneeskunde ook in de hand werken. Bovendien is het de vraag in hoeverre het op solidariteit gebaseerde stelsel mee kan bewegen met deze benadering van zorg en wat dit betekent voor de publieke verantwoordelijkheid van zorgverleners.

Betere keuzes door zorggebruikers en patiënten- en cliëntenverenigingen

Individuele patiënten en cliënten kunnen zich op allerlei manieren laten informeren over wensgeneeskundige behandelingen. Voor hen is het van groot belang betrouwbare voorlichting te vinden en een afwegingskader te hebben zodat zij weloverwogen over wensgeneeskundige ingrepen kunnen beslissen.

Het kan ook voor patiëntenverenigingen nuttig zijn om het thema wensgeneeskunde op de agenda te zetten en hierover onderling en met de beroepsgroepen in gesprek te gaan. Wellicht kan het interessant zijn om naar het voorbeeld van 'Verstandig Kiezen' documenten op te stellen die arts en patiënt kunnen helpen bij het gesprek over bepaalde wensgeneeskundige ingrepen. *Verstandig Kiezen* is een campagne van de Orde van Medisch Specialisten en ZonMw waarmee men medisch specialisten en hun patiënten wil ondersteunen bij gezamenlijke beslissingen over gepast gebruik van zorg.

Zorgverzekeraars hebben een maatschappelijke verantwoordelijkheid

Door zorg (niet) te contracteren hebben zorgverzekeraars invloed op de mate waarin wensgeneeskundige ingrepen deel uitmaken van het zorgaanbod. De samenstelling van het aanvullend pakket door de zorgverzekeraars heeft invloed op wat patiënten/consumenten aan zorg consumeren en wat zorgverleners aanbieden. Het is van belang dat zorgverzekeraars zich ervan bewust zijn dat het aanvullend pakket invloed heeft op wat als 'normale' zorg wordt gezien.

Overheidstaken bij wensgeneeskunde

De belangrijkste vragen voor de overheid met betrekking tot wensgeneeskunde gaan over de bescherming van burgers tegen mogelijke schade, over het beheersbaar houden van de kosten en rechtvaardig verdelen van de middelen en over de toegankelijkheid van zorg (mensen die zorg nodig hebben, moeten het kunnen krijgen). Haar beschermende taak heeft de overheid om te beginnen voor minderjarigen en andere kwetsbare groepen in de samenleving. Dit geldt in het bijzonder wanneer zij niet in staat zijn autonome keuzes te maken over wensgeneeskunde.

Ook is het een overheidstaak om voor te lichten en te waarschuwen wanneer er bij een wensgeneeskundige behandeling ernstig risico op schade is. Verder is het aan de overheid om de kwaliteit te waarborgen van ingrepen die door de geneeskunde worden verricht.

In het kader van de rechtvaardigheid is het van belang na te gaan in hoeverre wensgeneeskunde een buitenproportionele druk legt op de kosten en de capaciteit van het zorgsysteem, zodat de reguliere geneeskundige zorg hierdoor minder toegankelijk wordt of aan kwaliteit moet inboeten.

Tenslotte

Wensgeneeskunde vraagt om blijvende aandacht van iedereen die met zorg te maken heeft. Grenzen zijn niet eenvoudig te bepalen, maar aan verandering onderhevig in de tijd en afhankelijk van context. Het debat over aanvaardbaar gebruik van geneeskundige technieken en diensten moet gevoerd worden door alle betrokkenen en ook onderling.

Literatuur

Asscher E.C.A., Bolt I., Schermer M.H.N. Wish-fulfilling medicine in practice: a qualitative study of physician arguments. J Med. Ethics 2012; 38(6): 327-331.

Asscher E.C.A., Schermer M.H.N. Wish-fulfilling medicine in practice: the opinions and arguments of lay people. J Med. Ethics 2013.

Asscher E.C.A., Schermer M.H.N. Wensgenees-kunde: worden dokters nu verkopers? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2014; 158.

Buyx A.M. Be careful what you wish for? Theoreti-cal and ethical aspects of wish-fulfilling medicine. Med. Health Care Philos 2008; 11(2): 133-143.

Berlin I. Two concepts of freedom. Oxford: Claren-don press, 1958.

Centrum voor Ethiek en Gezondheid/Gezondheids-raad. De maakbare mens. Den Haag: Gezond-heidsraad, 2003.

Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Toekomst-verkenning Ethiek en Gezondheid. Den Haag: RVZ, 2012.

Dwarswaard J. De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers, 2011.

Federatie Medisch Specialisten. www.demedischspecialist.nl. Geraadpleegd 11 augustus 2015.

Gezondheidsraad. Screening: tussen hoop en hype. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008. Internet: http://www.gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/preventie/screening-tussen-hoop-en-hype.

Gezondheidsraad. De mondzorg van morgen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012.

Gezondheidsraad. Doorlichten doorgelicht: gepast gebruik van health checks. Den Haag: Gezond-heidsraad, 2015.

Halbersma R., Manen J., Sauter W. Voldoen de verzekeraars in hun rol als motor van het zorgstel-sel? Nza Research Paper, 2013.

Hartogh G den. Autonomie is het woord niet. Pro-fessionele verantwoordelijkheid in het tijdperk van de WGBO. Medisch Contact 1997; 52(44).

Hartogh G. den. Een commentaar vanuit de filoso-fie op de discussie over gezondheid en welzijn: bijdrage aan discussieforum. www.gr111.nl. Geraadpleegd: 26-5-2014.

Have H. ten, Meulen R. ter, Leeuwen E van. Handboek Medische Ethiek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2003.

Hilhorst M. Goeddoen met winst maken. Naar een economisering van zorg en beroepsethiek? Achtergrondstudie bij het CEG signalement Economisering van zorg en beroepsethiek. Den Haag: CEG, 2004.

Jacobs F. Reasonable Partiality in Professional Ethics: The Moral Division of Labour. Ethical Theory and Moral Practice 2005; 8: 141-154.

Jochemsen H., Hoogland J., Polder J. Maintaining Integrity in Times of Scarce Resources. In: Corrado Viafora (Ed.) Clinical Bioethics. A search for the foundations. Dordrecht: Springer, 2005: 139-152.

Kerpershoek, E., Groenleer M., Bruijn H. de. Fout declareren voor goede zorg. Trouw, 22 maart 2015.

KNMG. Manifest Medische Professionaliteit. Utrecht: KNMG, 2007.

KNMG. Themadossier: Beroepsgeheim. http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/Beroepsgeheim-1.htm. Geraadpleegd: 28-5-2014.

Legemaate, J. De zorg van een goed hulpverlener, in relatie tot de professionele standaard. In: Legemaate J. (red). De Wgbo: van tekst naar toepassing. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1998: p. 14-25.

Legemaate J. Nieuwe verhoudingen in de spreekkamer: juridische aspecten. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2013.

Little MO. Cosmetic Surgery, Suspect Norms, and Complicity. In: Parens E. ed. Enhancing Human Traits: Conceptual Complexities and Ethical Implications. Georgetown University Press 1998: 162-176.

Nationale Zorggids: BIG register: http://www.nationalezorggids.nl/algemeen/paginas/big-register.html. Geraadpleegd 9 juli 2015.

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG). Modelprotocol Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen. Utrecht: NVOG, 2009.

NVOG. ´Standpunt vitrificatie van humane eicellen en embryo's´. Klik op ´addendum 2010´ en klik op ´casus´. NVOG. http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/pagina.php&fSelectNTG_73=81&fSelectedSub=73

Nederlandse vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG). Modelprotocol Labiumreductie; Counseling en behandeling van vrouwen met een verzoek om reductie van de labia minora. Utrecht: NVPC en NVOG, 2008. www.nvpc.nl.

Parens E. (red.). Enhancing human traits. Ethical and social implications. Washington: Georgetown University Press, 2007.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Screening en de rol van de overheid. Den Haag: RVZ, 2008.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Wanneer samen beslissen niet vanzelf spreekt. Reflecties van patiënten en artsen over gezamenlijke besluitvorming. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2014.

Sandel M.J. Pleidooi tegen volmaaktheid; Een ethiek voor gentechnologie. VBK Media 2012.

Schermer M. Van genezen naar verbeteren? Rede, in verkorte vorm uitgesproken ter gelegenheid van het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar met als leeropdracht Filosofie van de geneeskunde en de maakbaarheid van de mens. Rotterdam: ErasmusMC, 27-4-2012.

Schermer M., Boenink M., Meynen, G. Komt een filosoof bij de dokter. Denken over gezondheid en zorg. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2013.

Schramme T. Should we prevent non-therapeutic mutilation and extreme body modification? Bioethics 2008; 22(1): 8-15.

Stapel M. Beroepsethos versus patiëntenautonomie binnen de plastisch-esthetische chirurgie. Nederlands Tijdschrift voor Plastische Chirurgie 2014; 2.

Swierstra S. Heracliteïsche ethiek. Omgaan met de soft impacts van technologie. Inauguratie van prof. dr. Tsjalling Swierstra, benoemd tot hoogleraar wijsbegeerte in de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen I. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2011.

VWS, minister en staatssecretaris. Moet alles wat kan? Kamerbrief 1-7-2014. Den Haag: Rijksoverheid, 2014.

ZonMw. Thematische Wetsevaluatie Zelfbeschikking in de Zorg [34]. Den Haag: ZonMw, 2013.

Zorginstituut Nederland. Toepassing pakketcriterium noodzakelijkheid en afbakening domein Gezondheidszorg. Brief aan de minister van VWS, Diemen, 4 april 2014.

Zorginstituut Nederland. www.zorginstituutnederland.nl. Geraadpleegd: 26 november 2014.

.

Bijlage 1

Gezondheidsraad

Samenstelling Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht

VOORZITTER
- Prof. dr. W.A. van Gool, voorzitter, Gezondheidsraad, Den Haag

VICEVOORZITTER
- Prof. dr. M.H.N. Schermer, arts en hoogleraar filosofie van de geneeskunde en de maakbaarheid van de mens, Erasmus MC, Rotterdam

LEDEN
- Mr. A.C. de Die, advocaat, Verlink & De Die advocaten, Amsterdam
- Mr. dr. J.H.H.M. Dorscheidt, universitair docent gezondheidsrecht, Universitair Medisch Centrum Groningen en Rijksuniversiteit Groningen
- Prof. dr. G.A. den Hartogh, emeritus hoogleraar ethiek, Universiteit van Amsterdam
- Prof. mr. A.C. Hendriks, hoogleraar gezondheidsrecht, Universiteit Leiden; gezondheidsjurist KNMG, Utrecht
- Prof. dr. ir. H. Jochemsen, bijzonder hoogleraar reformatorische wijsbegeerte, Universiteit Wageningen
- Prof. dr. ir. F.E. van Leeuwen, hoogleraar epidemiologie, Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam
- Mr. dr. M.C.C. Ploem, universitair docent gezondheidsrecht, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- Prof. mr. dr. J.G. Sijmons, bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht, Universiteit Utrecht en advocaat, Nysingh advocaten-notarissen
- Prof. dr. M.A. Verkerk, hoogleraar medische ethiek, Universitair Medisch Centrum Groningen
- Prof. dr. G.M.W.R. de Wert, hoogleraar biomedische ethiek, Universiteit Maastricht
- Prof. dr. D.L. Willems, hoogleraar medische ethiek, AMC, Universiteit van Amsterdam

- Drs. P.G. Engels, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, *waarnemer*
- Dr. E.C.A. Asscher, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

(tot 1 januari 2015)

VOORZITTER

- Drs. M.H. Meijerink (tot 1 juli 2014)
- Prof. dr. P.L. Meurs (vanaf 1 september 2014)

VICEVOORZITTER

- Prof. dr. D.D.M. Braat (tot 1 juli 2014)

LEDEN

- Mr. A.M. van Blerck-Woerdman
- Mr. H. Bosma (tot 1 juli 2014)
- Prof. dr. W.N.J. Groot
- Prof. dr. J.A.M. Kremer
- Prof. dr. J.P. Mackenbach
- Drs. M. Sint
- Prof. dr. D.L. Willems

ALGEMEEN SECRETARIS

- Mr. drs. T.F.M. Hooghiemstra

Samenstelling Forum van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG/RVZ) (tot 1 april 2015)

Het Forum is ingesteld ter ondersteuning van de signaleringstaak van het CEG/RVZ.

LEDEN

- Prof. dr. H.J.J.M. Berden, hoogleraar ziekenhuisbeleid Universiteit van Tilburg, arts en bedrijfskundige, lid Raad van Bestuur St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg
- Dr. M. Boenink, universitair docent filosofie en ethiek van biomedische technologie, Universiteit Twente, Enschede
- Drs. M.J.M.H. Boonen, leidinggevend verpleegkundige St. Elisabeth ziekenhuis, Tilburg

- Prof. dr. D.P. Engberts, hoogleraar ethiek en recht van de gezondheidszorg, LUMC, Leiden
- Drs. J.W.M.W. Gijzen, directievoorzitter divisie Zorg, CZ Zorgverzekeringsbedrijf, Tilburg
- Prof. dr. G. Glas, psychiater, Zwolse Poort en bijzonder hoogleraar Dooyeweerd leerstoel, Vrije Universiteit, Amsterdam
- Dr. M. van den Hoven, universitair docent ethiek, Ethiek Instituut, Utrecht
- Dr. J.C.M. Lavrijsen, specialist ouderengeneeskunde en senior onderzoeker, UMC St. Radboud, Nijmegen
- Dr. A.C. Molewijk, programmaleider Moreel Beraad, VUMC, Amsterdam
- Mr. A.W. Ouwehand, lid Raad van Bestuur Argos Zorggroep, Schiedam
- Prof. dr. A.J. Pols, bijzonder hoogleraar Social theory, humanism and materialities en onderzoeker ouderenzorg/psychiatrie/medische technologie, AMC/UvA, Amsterdam
- E. Ph. M. Otjens, vertegenwoordigt het patiëntenperspectief, Utrecht (tot 1 juni 2014)
- Drs. J. van Vuuren-de Jong, gedeeld Forumlidmaatschap met drs. J.W.M.W. Gijzen, CZ Zorgverzekeringsbedrijf, Tilburg
- Dr. A.A.E. Wagenaar, mantelzorger en werkzaam bij afdeling Orthopedagogiek, Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen, UvA. Gespecialiseerd in (normale en gestoorde) taalontwikkeling en kinder- en jeugdpsychiatrie.

DEELNEMERS FORUM VANUIT DE RVZ

- Prof. dr. D.L. Willems, hoogleraar medische ethiek, AMC, Amsterdam, lid RVZ en voorzitter Forum
- Prof. dr. D.D.M. Braat, hoogleraar obstetrie en gynaecologi,e UMC St. Radboud, Nijmegen, tevens vicevoorzitter RVZ en vicevoorzitter Forum
- Dr. A.J. Struijs, senior adviseur RVZ en projectcoördinator CEG/RVZ
- Dr. M. ten Have, senior adviseur CEG/RVZ
- M.N. van Rijswijk, stagiair CEG/|RVZ
- M. Lenselink, stagiaire CEG/RVZ
- L. Romein, projectondersteuner CEG/RVZ

Bijlage 2

Verantwoording voorbereiding signalement

Auteurs signalement

- Dr. E.C.A. Asscher, wetenschappelijk secretaris, Gezondheidsraad/CEG
- Drs. C.A. Dondorp, Gezondheidsraad/CEG (tot 1 februari 2015)
- Dr. A.J. Struijs, coördinator CEG en senior adviseur RVZ
- M.N. van Rijswijk, stagiair in 2014 RVZ/CEG

Conceptversies en vaststelling signalement

BERAADSGROEP GEZONDHEIDSETHIEK EN GEZONDHEIDSRECHT (GEZONDHEIDSRAAD)

Concepten zijn besproken tijdens vergaderingen op:
18 februari 2013 (startnotitie)
10 juni 2014
22 september 2014
9 december 2014 (vastgesteld)

BERAADSGROEP GENEESKUNDE GEZONDHEIDSRAAD

Een conceptversie is besproken tijdens de vergadering op 23 september 2014.

VERANTWOORDELIJKE RAADSLEDEN RVZ

- Prof. dr. D.L. Willems
- Prof. dr. D.D.M. Braat (tot 1 juli 2014)
- Prof. dr. J.A.M. Kremer (vanaf 1 september 2014)

INTERVIEWS MET EXPERTS

- Mr. M.M.G. Braam, directie Markt en Consument, ministerie van VWS
- Mr. G.J. Buijs, directie Markt en Consument, ministerie van VWS
- Prof. dr. D.P. Engberts, hoogleraar ethiek en recht van de gezondheidszorg, LUMC, Leiden
- H.D.K. Fleddérus, afdeling ethiek, ministerie van VWS
- Prof. J. Kievit, hoogleraar en afdelingshoofd Medische besliskunde, LUMC

- P.I. Polman MSc MPH, Zorginstituut Nederland
- Prof. dr. M.H.N. Schermer, Erasmus MC, Rotterdam
- Dr. R.W. Segaar, arts, directie Curatieve Zorg, ministerie van VWS
- Dr. F.A. Vlems, manager Zorginstituut Nederland

FORUM VAN HET CEG (RVZ)

24 januari 2013: plan van aanpak
28 november 2013: voortgangsnotitie
25 maart 2014: redeneerlijn
27 mei 2014: concept signalement
25 september 2014: concept signalement
4 december 2014: schriftelijke ronde laatste concept

RAADSVERGADERINGEN

21 februari 2013: plan van aanpak
20 februari 2014: redeneerlijn
21 augustus 2014: 1^{e} concept signalement
18 december 2014: 2^{e} concept signalement en vaststelling onder mandaat

Overige bijeenkomsten

DEBATBIJEENKOMST CEG EN ERASMUS MC

Op 1 februari 2012 organiseerden de afdeling medische ethiek en filosofie van de geneeskunde van het ErasmusMC en het Centrum voor Ethiek en Gezondheid gezamenlijk een debatbijeenkomst 'Wensen en grenzen in de geneeskunde'. Deze bijeenkomst leidde tot de beslissing een signalement over wensgeneeskunde voor te bereiden.

ADVIESGROEP OVERLEG (AGO)

Concepten van het signalement bestemd voor de Raadsvergadering zijn voordien besproken in het overleg van raadsadviseurs.

REGULIER OVERLEG VAN CEG MEDEWERKERS

Concepten van het signalement zijn besproken in het gezamenlijk regulier overleg van CEG medewerkers van de Gezondheidsraad en de RVZ.

Bijlage 3

Publicaties CEG

Signalementen

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2014:

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Wanneer samen beslissen niet vanzelf spreekt: Reflecties van patiënten en artsen over gezamenlijke besluitvorming
- Leefstijlbeïnvloeding: tussen betuttelen en verwaarlozen

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2013:

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering. Een overzicht van ethische argumenten

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2012:

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Rechtvaardige selectie bij een pandemie
- De mens centraal? Ethische dilemma's bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur

Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Toekomstverkenning Ethiek en Gezondheid

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2011:

Gezondheidsraad

- Laaggeletterdheid te lijf (briefadvies)

Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Genetische aanleg en registratie van etniciteit/studie CEG, 2011 (briefadvies)

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2010:

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand

Gezondheidsraad
- Het 'duizend dollar genoom': een ethische verkenning

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2009:

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden
- Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie

Gezondheidsraad
- Wie betaalt, bepaalt? Over financiering en het ontwikkelen van medische kennis
- Zorg voor het ongeboren kind. Ethische en juridische aspecten van foetale therapie

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2008:

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties
- Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2007:

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van *evidence* in het zorgbeleid
- Financiële stimulering van orgaandonatie
- Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg

  Gezondheidsraad
- Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2006:

Gezondheidsraad
- Testen van bloeddonors op variant Creutzfeldt-Jakob?

Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2005:

Gezondheidsraad
- Embryonale stamcellen zonder morele pijn?
- Ethische aspecten van kostenutiliteitsanalyse

- Nu met extra bacteriën! Voedingsmiddelen met gezondheidsclaims

Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Opsporing verzocht? Screening in de huisartspraktijk

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Zorgverlener èn opsporingsambtenaar?
- Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2004:

Gezondheidsraad

- 'Vruchtbaarheidsverzekering': medische en niet-medische redenen
- Terminale sedatie
- Bestrijdingsmiddelen, cosmetica, verf: de bescherming van proefpersonen in blootstellingsonderzoek
- Geavanceerde thuiszorgtechnologie: morele vragen bij een ethisch ideaal

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Intermezzo
- Geavanceerde thuiszorgtechnologie: morele vragen bij een nieuwe zorgpraktijk
- Mantelzorg, kostenbeheersing en eigen verantwoordelijkheid
- Economisering van zorg en beroepsethiek

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2003:

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Eisend gedrag en agressie van zorgvragers
- Drang en informele dwang in de zorg
- Culturele eigenheid en zelfbeschikking van allochtone zorgvragers
- Zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid van mensen met een verstandelijke handicap

Gezondheidsraad

- Handelingen met geslachtscellen en embryo's
- Screening van pasgeborenen op aangeboren stofwisselingsziekten
- Geneesmiddelen voor kinderen
- De maakbare mens

Achtergrondstudies

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt: normatieve achtergrond, 2013
- Ethiek in zorgopleidingen en zorginstellingen, 2005
- Economisering van zorg en beroepsethiek, 2004

Verkenningen

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Over keuzevrijheid en kiesplicht, 2006
- De vertwijfeling van de mantelmeeuw, 2004

Publieksversies

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Argumentenwijzer over Elektronische Patiënten Dossiers, 2013 (geactualiseerde en geheel digitale versie)
- Argumentenwijzer over Elektronische Patiënten Dossiers, 2011
- Argumentenwijzer voor het debat over orgaandonatie, 2008

Els Borst Lezingen

- 2e Els Borst Lezing, uitgesproken door prof. dr. Margo Trappenburg. Bescheiden professies. Over evidence based werken buiten de cure, 2014
- 1e Els Borst Lezing. Kleine ode aan onafhankelijkheid, Uitgesproken door prof. dr. Inez de Beaufort, 2013

Deze publicaties zijn te verkrijgen via info@ceg.nl en te downloaden via www.ceg.nl